



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario

**Identificación y descripción de las
intervenciones intersectoriales para prevenir y
controlar las enfermedades crónicas no
transmisibles creadas por los gobiernos de la
provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario
entre los años 2000 a 2015.**

Maestrando: Lic. Florencia Fernández

Directora: Dra. Natalia Yavich

Agradecimientos

Agradezco al Centro de Estudios Interdisciplinarios (CEI) de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), por recibirme en este reconocido establecimiento para la realización de mis estudios de maestría.

Al Director de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, el Dr. Ernesto Báscolo y a todos los docentes que formaron parte de la misma, por transmitir sus conocimientos y experiencias. En lo particular, a mi tutor de tesis el Dr. Ariel Torres Morales, que durante el cursado de la maestría orientó y acompañó el inicio de la misma.

A mi directora, la Dra. Natalia Yavich por acompañarme codo a codo, por su valioso tiempo dedicado, por sus apreciables aportes y su seguimiento de manera incondicional. Por ser mi guía y sostén continuo durante este proceso, mi más sincera gratitud.

Al Dr. Guillermo Rodríguez por guiarme, por su tiempo dedicado y su valiosa disposición.

A mis padres, a mi hermano y a mi compañero por ser incondicionales, por confiar en mí, por ser mi motor y alentarme siempre a seguir.

Resumen

Introducción: Durante las últimas décadas, como resultado de los cambios socio-económicos, demográficos, tecnológicos y culturales, se produjo un crecimiento en la mortalidad mundial por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). El desarrollo de medidas capaces de influir sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) asociados con el desarrollo de ECNT, es vital para frenar y revertir esta tendencia.

Objetivo: Reconocer y caracterizar las intervenciones intersectoriales creadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de la ciudad de Rosario para abordar los DSS que influyen sobre las ECNT.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio exploratorio y descriptivo de corte transversal de las intervenciones intersectoriales originadas para la prevención y el control de las ECNT mediante la modificación de los DSS. Las intervenciones fueron identificadas mediante una búsqueda de normativas y caracterizadas en términos de: jurisdicción que crea la intervención, contexto de emergencia, foco de la intervención, población destinataria, acción propuesta y sectores responsables y participantes.

Resultados: Se identificaron 20 intervenciones: la mayoría son lideradas por el sector salud y tienen como objetivo influir sobre los determinantes de múltiples ECNT mediante acciones de promoción de la salud dirigidas a población general.

Discusión y conclusión: Las intervenciones fomentan principalmente estrategias de promoción de la salud fundadas en abordar las conductas de las poblaciones, pese a que resulta primordial actuar sobre las condiciones de vida y la distribución desigual de los recursos para controlar las ECNT.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud; Promoción de la salud; Acción intersectorial; Enfermedad crónica.

Abstract

Introduction: During the last decades, as a result of the socio-economic, demographic, technological and cultural changes, there was mortality growth in the world due to chronic non-communicable diseases (NCDs). The development of measures capable of influencing the social determinants of health (SDH) associated with the development of NCDs, is vital to curb and reverse this trend.

Objective: Recognize and characterize the intersectoral interventions created by the province of Santa Fe's and the municipality of Rosario city governments to control the SDH that influence over NCDs.

Methodology: An exploratory, descriptive and cross-sectional study of the intersectoral interventions for the prevention and control of NCDs through the modification of the SDH was carried on. The interventions were identified through a research of regulations and were characterized in terms of: jurisdiction that creates the intervention; emergency context; focus of the intervention; aim population; proposed action; responsible and participant sectors.

Results: 20 interventions were identified: health sector is the main responsible for these interventions which influence over the determinants of multiple NCDs through health promotion actions to attempt the general population.

Discussion and conclusion: These interventions mainly encourage health promotion strategies based on addressing the behaviors of populations; however, it is essential to act in accordance with living conditions and the unequal distribution of resources to control NCDs.

Key words: Social determinants of health; Health promotion; Intersectoral action; Chronic disease.

Índice de abreviaturas

APS: Atención Primaria de Salud.

CDSS: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

DSS: Determinantes Sociales de la Salud.

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

Índice

1. Introducción.....	8
2. Problemática.....	11
2.1 Definición y descripción de las enfermedades crónicas no transmisibles.....	11
3. Marco teórico.....	17
3.1 Determinantes Sociales de la Salud.....	17
3.2 Acción sobre los determinantes sociales de la salud para prevenir y controlar las ECNT.....	25
3.3 Intersectorialidad.....	34
4. Propósito de la investigación.....	40
5. Objetivos de estudio.....	40
5.1 Objetivo general.....	40
5.2 Objetivos específicos.....	40
6. Metodología.....	41
6.1 Recolección de datos.....	41
6.1.1. Búsqueda de las intervenciones intersectoriales que abordan los DSS que influyen sobre las ECNT.....	41
6.1.2. Configuración y resultados de la búsqueda de intervenciones intersectoriales.....	43
6.2 Procesamiento y análisis de datos.....	45
7. Resultados.....	48
8. Discusión.....	67
9. Conclusiones.....	73
10. Recomendaciones.....	75
11. Referencias bibliográficas.....	76

12. Anexo I.....	84
13. Anexo II.....	138

1. Introducción

La salud de la población y su acceso a los servicios de salud están determinados por el contexto ambiental, socio-económico, demográfico, político y cultural. La organización desigual de la sociedad hace que las condiciones en la que se desarrolla la vida y poseer un estado de salud óptimo no estén distribuidas de manera equitativa entre las sociedades y al interior de las mismas. Lo dicho, se encuentra en las circunstancias de vida de la primera infancia, la escolarización, el empleo, las condiciones de trabajo y del medio, y de acuerdo a la forma que adopten, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta serán diferentes para cada grupo, convirtiendo a los mismos en mayor o menor medida vulnerables a la exposición de enfermedades. Sin restar importancia a la estratificación social, ya que la misma contribuye a un acceso desigual al sistema de salud, y con ello las disparidades en el acceso a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, como también a las posibilidades de recuperación al sobrellevar una enfermedad (OMS, 2009).

En la medida que la sociedad se vuelve más compleja, los procesos de salud-enfermedad demandan otras formas de abordajes que sobrepasan al campo institucional de los servicios de salud con un modo de gobernanza principalmente basado en la autonomía profesional, con importantes limitaciones para responder a las inequidades en salud.

Para comprender, tener en cuenta y situarse en contextos complejos en términos de cuidar y promover la salud de las poblaciones, resulta fundamental impulsar acciones dentro y fuera del sector salud, así como construir estrategias de intervención integrales y efectivas capaces de actuar sobre los DSS, la salud de la población y la equidad en salud. En este sentido, el abordaje de los problemas socio-sanitarios coloca en el foco de atención a la intersectorialidad.

El establecimiento y fortalecimiento de mecanismos intersectoriales destinados a abordar los DSS constituye una de las líneas estratégicas primordiales para lograr el acceso

universal a la salud y la cobertura universal de salud, especialmente cuando se trata de problemáticas con origen multicausal (OPS, 2014a). De esta forma, y con el debido conocimiento acerca del comportamiento de los DSS en las poblaciones específicas para las cuales son diseñadas las intervenciones podrían dirigirse idóneamente hacia el abordaje de las inequidades propias y prioritarias de cada población.

Esta tesis fue preparada como un sub-producto de la investigación **“Intervenciones intersectoriales para la equidad en salud en Argentina y América Latina”**¹, que tiene por objetivo analizar los procesos de diseño, planificación, implementación y gestión de intervenciones intersectoriales en la provincia de Santa Fe y sus efectos sobre los DSS, la salud de la población y la equidad en salud. En fases iniciales de la mencionada investigación se identificaron brechas entre los problemas de salud prioritarios de la provincia de Santa Fe y el desarrollo de políticas públicas de salud para abordarlos.

Con reparo en lo antedicho y concretamente sobre el crecimiento acelerado en la prevalencia y mortalidad por ECNT en la región, producto de los cambios socio-económicos, demográficos, tecnológicos y culturales, y consecuentemente el aumento en la demanda de los servicios de salud, esta tesis busca conocer cuáles fueron las intervenciones intersectoriales creadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario entre los años 2000 a 2015, y qué DSS procuran abordar para el control y prevención de las ECNT.

Los hallazgos de esta tesis se presentan en términos de las intervenciones que implican la participación e integración de los diversos sectores sociales y los DSS que proponen actuar, considerando la base conceptual de los mismos y su relación con la evolución de las ECNT.

Sobre este marco, este estudio prevé contribuir al conocimiento en términos de estrategias, acciones y participación de los diversos sectores, a los efectos de promover

¹ La investigación es llevada a cabo por la Universidad Nacional de Rosario (UNR) – el Centro de Estudios Interdisciplinarios (CEI), el CONICET, el Instituto de la Salud Juan Lazarte y la Asociación Investiga más, con el respaldo del International Development Research Centre (IDRC), Canadá.
Más Información en: <http://capacitasalud.com/intervenciones-intersectoriales/>

innovaciones y el desarrollo de intervenciones intersectoriales efectivas para abordar los problemas socio-sanitarios emergentes.

2. Problemática

2.1 Definición y descripción de las Enfermedades crónicas no transmisibles.

Las ECNT, son entidades patológicas, de etiología multifactorial, de evolución y duración lenta y continua (Alves de Oliveira, et. al. 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las ECNT como aquellas enfermedades de larga duración que resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Este grupo de enfermedades, se encuentra constituido principalmente por las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, cáncer y diabetes mellitus (OMS, 2017).

Las ECNT, representan las primeras causas de mortalidad en el mundo y aproximadamente el 80% del total de las defunciones en los países de América Latina y Argentina, respectivamente (OMS, 2014a; OPS, 2017).

Alrededor de 15 millones de muertes mundiales por ECNT suceden en personas de entre 30 y 69 años de edad, y el 80% de ellas se producen en países de medianos y bajos ingresos (OMS, 2017). Según estimaciones actuales, en la región de las Américas, aproximadamente el 30% de las defunciones prematuras (producto de enfermedades cardiovasculares) se producen en la población con menores ingresos, mientras que, independientemente de la sub-región la mortalidad proporcional por ECNT es del 15% más en varones que en mujeres (OPS, 2012).

En Argentina, en el año 2014, las principales causas de muerte correspondieron a enfermedades cardiovasculares y tumores, con una tasa por 100.000 habitantes de 215,59 y 148,64; respectivamente (Dirección de Estadísticas e Información de Salud –DEIS-, 2016).

En el mismo país, el 43,9% de la mortalidad por ECNT corresponde a la población comprendida en edades entre los 30 y 70 años, y una mayor tendencia de mortalidad por las principales ECNT, en los varones (OMS, 2014a).

Particularmente, en la provincia de Santa Fe en el año 2014 se registraron tasas de defunción de 220,29 varones y 218,42 mujeres por enfermedades cardiovasculares cada 100.000 habitantes, y de 198,07 varones y 169,49 mujeres muertos cada 100.000 habitantes a causa de tumores (DEIS, 2016).

En el año 2016, las dos primeras causas de mortalidad en la Ciudad de Rosario estuvieron dadas por enfermedades del sistema circulatorio y tumores con una tasa de 232,35 y 196,55 muertes por cada 100.000 habitantes respectivamente (Dirección general de estadística, 2016).

En los últimos años, las cifras reveladas no presentaron cambios significativos a favor de la salud de población. Consecuentemente, el padecimiento de las ECNT se ve aumentado por la prevalencia de sus determinantes comunes (“condiciones de riesgo de la sociedad”), y estos a su vez, se incrementan o reducen de acuerdo a la forma que adoptan según las diversas condiciones demográficas, económicas y sociales. Es decir, ciertos determinantes a gran escala como los efectos de la globalización (comercialización), el progreso tecnológico, el desarrollo socioeconómico y aquellos tales como, la educación, el empleo, el género y la raza; condicionan las conductas y hábitos de vida (el sedentarismo, el tabaquismo, el régimen alimentario poco saludable y el consumo nocivo de alcohol), que a su vez pueden ser promotores de otros marcadores biológicos como la hipertensión arterial, la hiperglucemia, la obesidad, entre otros; tienen estrecha relación causal sobre la evolución de las ECNT (OPS, 2012).

Sobre este contexto, los resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) exponen que, a nivel Nacional y en la provincia de Santa Fe, ciertos riesgos de exposición a las ECNT (prevalencia de consumo de tabaco, de alcohol y de sal y la inactividad física) registraron variaciones en la última encuesta (2013) respecto de la anterior llevada a cabo en el año 2009.

En la siguiente tabla se presentan los resultados de los principales factores de riesgos de las ENFR 2009 y 2013 en Argentina y la provincia de Santa Fe.

Tabla 1. Resultados de los principales factores de riesgo en Argentina y la provincia de Santa Fe, según datos de la ENFR 2009 y 2013.

Años	Argentina		Santa Fe	
	2009	2013	2009	2013
Factores de riesgo				
Prevalencia de actividad física baja.	54,9%	55,1%	58,4%	52,3%
Consumo de 5 o más porciones de frutas o verduras al día	4,8%	4,9%	4,6%	5,7%
Prevalencia de utilización de sal	25,3%	17,3%	23,8%	14,7%
Prevalencia de consumo de tabaco	27,1%	25,1%	26,6%	26,5%
Consumo de alcohol episódico excesivo	8,9%	10,4%	10,4%	11,4%

Nota: Resultados adaptados de Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)*. & *Ministerio de Salud de la Nación (MSAL)*, 2015. Buenos Aires, Argentina.

En el año 2013, se registró un mayor porcentaje de la prevalencia de actividad física baja (55,1%) a nivel nacional respecto del año 2009. Sobre el mismo, la provincia de Santa Fe presentó una variación a favor de la realización de actividad física en el año 2013.

El consumo de alcohol excesivo se notó incrementado en el país y en la provincia en el año 2013 con porcentajes de 10,4% y 11,4% respectivamente.

Otro determinante, como el consumo tabaco presentó una variación con porcentajes de 26,6% en 2009 y el 26,5%, en el año 2013, en la provincia de Santa Fe.

Particularmente en relación a las conductas alimentarias de la provincia, en el año 2009 el 4,6 % refirió consumir al menos 5 o más porciones de frutas o verduras al día, mientras que en 2013 se registró el 5,7%. El consumo de sal, en la segunda encuesta correspondió al 23,8%

y el 14,7 para la última ENFR en 2013 (INDEC & Ministerio de Salud de la Nación -MSAL-, 2015).

De acuerdo a los datos demográficos, en Argentina y la provincia de Santa Fe, en la ENFR- 2009, la mayor exposición a los principales riesgos de las ECNT (consumo de tabaco y alcohol, inactividad física, consumo de sal y menor ingesta de frutas y verduras) se presentó en los varones, jóvenes y de bajo nivel educativo.

La Tabla 2, expresa los resultados de los principales factores de riesgo según la ENFR- 2009 en la provincia de Santa Fe, respecto de las características socio-demográficas (sexo, rango etario y nivel educativo).

Tabla 2. Resultados de los principales factores de riesgo de la ENFR-2009 según sexo, grupos de edad y niveles educativos en la provincia de Santa Fe.

	Sexo		Grupos de edad					Nivel Educativo		
	Varón	Mujer	18-24 años	25-34 años	35-49 años	50-64 años	Más de 65 años	Primario incompleto	Primario completo-secundario incompleto	Secundario completo o más
Consumo de tabaco	30,5%	23,3%	29%	35,6%	27,4%	29,8%	10,1%	25,7%	29,2%	24,8%
Consumo de alcohol	18,3%	9,8%	15,6%	13,3%	13,6%	15%	11,2%	11,2%	15,3%	13,1%
Actividad física baja	57,%	59,7%	55,9%	50,9%	57,6%	60,6%	67,3%	63%	62,3%	54,5%
Consumo de 5 porciones de frutas y verduras diarios	4,3%	4,9%	2,4%	4,1%	3,6%	4,6%	8,9%	3,6%	4,5%	4,9%
Agregado de Sal en las comidas	27,8%	20,4%	26,8%	30,1%	25,4%	21,4%	14,8%	16,1%	25,9%	23,8%

Nota: Resultados adaptados de Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de *Ministerio de Salud de la Nación*, 2011. Buenos Aires, Argentina.

En la provincia Santa Fe, el consumo de tabaco y alcohol ha predominado en los varones con el 30,5% y 18,3%, respecto del 23,3% y 9,8% en las mujeres, respectivamente. El mayor consumo de alcohol se presenta en el grupo de edades entre 18 a 24 años, y el consumo de

tabaco corresponde en un 35,6% entre los 25 y 34 años, con una mayor prevalencia de ambos consumos en la población que presenta un nivel educativo que no ha alcanzado a completar los estudios secundarios.

Asimismo, el 4,3% de los varones ha manifestado en la encuesta haber consumido al menos 5 porciones de frutas y verduras diarias mientras que las mujeres lo hacen en un 4,9%. El menor consumo de frutas y verduras diarias se atribuyó a la población joven y, principalmente, en aquellas con nivel educativo primario incompleto. Mientras que, la inactividad física en la misma región, es mayor en las mujeres y en aquellas personas que no completaron el nivel primario de educación.

Los datos presentados en la ENFR se condicen con que ciertos grupos que muestran mayor exposición a factores de riesgo presentan mayor tasa de mortalidad por ECNT.

A pesar de la situación planteada, las ECNT y sus determinantes y condicionantes comunes, son evitables. Se estima que cerca de un 80% de las enfermedades cardiovasculares y de diabetes tipo II, y alrededor de un 40% de los cánceres, pueden prevenirse (INDEC & MSAL, 2015).

La situación explicitada pone en manifiesto que los principales riesgos de las ECNT se encuentran íntimamente relacionados a los DSS y sobre múltiples factores interrelacionados sobre los cuáles el sector de la salud, desde la acción uni-sectorial, no tiene la capacidad de generar gran influencia (OMS, 2014b). Desde esta perspectiva, se amplía la mirada en el desarrollo de estrategias destinadas a mejorar los resultados de salud actuando sobre los DSS (originalmente inclinada sólo hacia la tradicional perspectiva de los factores de riesgo).

Ello, puede verse reflejado en múltiples propuestas de los organismos internacionales, que subrayan la pertinencia de la integración de las experiencias y competencias de los diversos sectores, contribuyendo al desarrollo de estrategias capaces de mejorar la eficiencia de las

acciones dirigidas al enfrentamiento de problemas complejos (Totaro García, Gama Maio, Santos, Cunha Folha, & Watanabe, 2014).

3. Marco teórico

3.1 Determinantes sociales de la salud

La Comisión sobre DSS, señala a las inequidades sanitarias como aquellas consecuencias negativas sobre la salud relacionadas a las desigualdades socioeconómicas (y no solo causas biológicas), que pueden controlarse y prevenirse (Fortune, Salgado de Snyder, Cassanha Galvao & Murphy, 2017).

Las inequidades en salud, están fundadas principalmente en dos aspectos; por un lado, el aumento de las desigualdades sociales entre países, regiones y al interior de los mismos, entre grupos y estratos sociales y, por otra parte, de acuerdo a la teoría del gradiente social de salud. Sobre esta última, las condiciones de salud en todas las sociedades tienen una definición relativamente inversa a la estructura social; es decir, que mientras desciende el posicionamiento en relación a esta última, aumenta la prevalencia de ciertos problemas de salud (Álvarez Castaño, 2009). Con ello, las inequidades sanitarias se ven reflejadas en las diferencias no solo respecto a los ingresos y la riqueza, sino también en las diversas oportunidades según factores como etnia, género, educación, ubicación geográfica, entre otros.

En tal sentido, gran parte de la carga de morbilidad mundial y las principales causas de las inequidades en salud en todos los países, emergen de las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, conocidas como DSS (OMS, 2011). En otras palabras, dichas condiciones refieren al acceso a la enseñanza y el empleo, al nivel de los ingresos y su distribución, la vivienda, la seguridad alimentaria, la raza, el género, entre otros; así como al conjunto de componentes sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales, que determinan el estado de salud de la población (OMS, 2008).

El conocimiento sobre la influencia de las condiciones sociales en la salud de las poblaciones data de largo tiempo. Es por ello que, a lo largo de los años se desarrollaron diversas perspectivas y modelos sobre los DSS.

Uno de los pioneros en abordar las determinaciones sociales de la salud fue el médico Alemán Rudolf Virchow (1821-1902) quien fue considerado en el siglo XIX, uno de los fundadores de la medicina social. Sin embargo, el reconocimiento de la determinación social es aún más antiguo, ya que las poblaciones indígenas vinculaban a la misma con el estado de salud. De igual manera, a lo largo del tiempo se impulsaron diversas corrientes de pensamientos hasta las evoluciones más actuales con la constitución de la OMS fundada en la medicina social, que no mantuvo constancia sino que también evolucionó hasta los últimos años hacia el enfoque privilegiado en la equidad en salud, asumido con la creación de la Comisión sobre DSS en el año 2005 (OMS, 2005; Villar Montesinos, 2012).

Dicha comisión propone el marco conceptual de los DSS (2008) desarrollado en torno a dar respuesta a la creciente preocupación suscitada por las inequidades persistentes y a los fines de impulsar estrategias capaces de establecer medidas para actuar efectivamente sobre los DSS (OMS, 2011).

El mencionado marco, se fundamenta en el concepto del poder y el modelo de estratificación social de la enfermedad de Diderichsen, Evans & Whitehead (2001). Este último, subraya la manera en que las sociedades se organizan en las diversas posiciones sociales y cómo estas determinan las oportunidades en salud. Por un lado, los mecanismos involucrados de la sociedad que generan y distribuyen el poder y la riqueza, por ejemplo: el sistema educativo, las políticas laborales y económicas, las normas de género y el tipo de organización de Estado. La estratificación social, define la diferencia de la exposición a condiciones perjudiciales para la salud y modela distintas vulnerabilidades en la población. El modelo, expone que los resultados diferenciales de la enfermedad, son notables desde una perspectiva de equidad en salud. En tanto, las consecuencias sociales hacen referencia al impacto diferencial que un proceso de salud determinado puede tener en una persona o un grupo de personas debido a las

circunstancias socioeconómicas y de posición social (González, et. al. 2012; Vega, Solar, & Irwin, 2005).

Con sustento en lo dicho, los principales componentes del marco conceptual de los DSS propuesto por la Comisión reúnen diversos elementos y mecanismos, a saber:

El contexto socio- económico enmarcado en los diversos aspectos culturales, estructurales y funcionales de la esfera social, que ejercen una penetrante influencia en los patrones de estratificación social (el mercado de trabajo, la educación, entre otros), situación que marca las condiciones y oportunidades en la salud de la población.

Los determinantes estructurales, configuran aquellos que establecen la estratificación de las poblaciones según mecanismos socioeconómicos y políticos. Entre ellos, los más importantes y sus indicadores indirectos son: ingreso, educación, ocupación, clase social, género, raza/etnia (Solar & Irwin 2010). Dichos determinantes establecen un conjunto de posiciones socioeconómicas dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Los mismos, al influir en las posiciones sociales diferenciales, son la causa principal de las inequidades en salud y, en tanto, configuran el estado de salud de cada individuo a través de su efecto sobre los determinantes intermedios. Estos últimos, se circunscriben en los patrones conductuales y los hábitos de vida, las circunstancias materiales, los factores psicosociales y el propio sistema de salud (OMS, 2011). A saber:

- Los factores conductuales y biológicos, corresponden a la alimentación/nutrición, actividad física, consumo de tabaco y alcohol. Lo referido a lo biológico, también, contempla factores genéticos.
- Las circunstancias materiales, refieren a aquellos factores como la vivienda y la calidad del barrio, los medios financieros para comprar alimentos saludables, entre otros; y a la calidad y ambiente de trabajo.

- Las circunstancias psicosociales, incluyen estrés psicosocial, condiciones estresantes de vida, y apoyo social y estilos de afrontamiento.
- El sistema de salud, cumple un rol en el acceso a los servicios y programas de salud para mediar la exposición y vulnerabilidad a los diversos determinantes y sobre las consecuencias del padecimiento de enfermedades (Solar & Irwin, 2010).

La siguiente figura 1 expresa los diferentes componentes del marco conceptual de los de DSS.

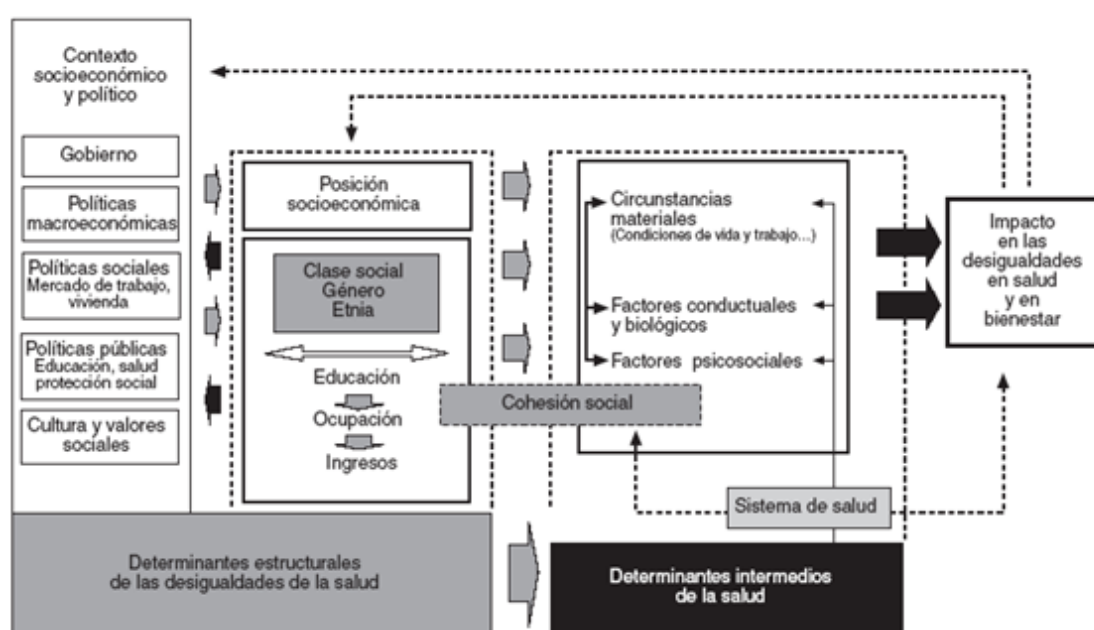


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, de: “A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health” Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, por Solar & Irwin, 2010, Discussion Paper 2 (Policy and Practice), p. 6.

Los diversos elementos que conforman el marco, expresan cómo los mecanismos sociales, económicos y políticos dan lugar a las posiciones socio-económicas y su estratificación según: el ingreso, la educación, la ocupación, el género, la raza/etnia, entre otros. En conjunto, los diversos componentes, se combinan, condicionan y retroalimentan para determinar, junto al propio sistema de salud, los resultados de salud de la población (Solar & Irwin, 2010).

De acuerdo a la manera en que se distribuyen los DSS y la forma en que esté organizada la sociedad, los mismos repercutirán sobre las posibilidades que los individuos o grupos de poblaciones tendrán para desarrollarse en la vida y obtener buena salud. Las desigualdades entre distintas sociedades o al interior de las mismas, pueden originarse desde los primeros años de vida con la posibilidad de incidir a posteriori en la vida adulta. Es decir, las condiciones de vida desfavorables en la niñez pueden generar repercusiones en la escolaridad (mayores probabilidades de tener un peor desempeño) y en consecuencia en la edad adulta, percibir un ingreso más bajo, tener más hijos, lo que conlleva a una transmisión intergeneracional de las circunstancias perjudiciales (menor capacidad de proporcionarles una buena atención sanitaria, alimentación y estimulación, entre otras).

Otro aspecto que puede incidir sobre las condiciones de salud y la calidad de vida de las poblaciones, es el lugar donde las personas viven, un ejemplo de ello, es el acceso a bienes básicos en los barrios y/o comunidades. Al igual que las condiciones de inserción en el mercado laboral, el desempleo o la precariedad laboral que tienen estrecha relación con la salud de las personas.

Los sistemas de protección social y los sistemas de atención en salud también son condicionantes, los primeros son redistributivos (beneficios extra-salariales, la seguridad de un ingreso básico, entre otros) y el grado en que las personas pueden acceder a condiciones saludables mediante el trabajo también influyen sobre los niveles de pobreza (OMS, 2009).

Particularmente, los sistemas de salud son considerados un determinante social, ya que, las repercusiones de los mismos dependen de la forma que son estructurados en las diversas sociedades. Es decir, en los casos en que los sistemas de salud solicitan que la población debe pagar para poder acceder a los servicios, puede resultar que el gasto en salud produzca el empobrecimiento y éste a su vez implique mayor deterioro de la salud; estableciendo así un círculo vicioso (Villar Montesinos, 2012).

Asimismo, el acceso a dicho sistema abarca la utilización de servicios integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan; incluyendo acciones poblacionales y/o individuales; cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, con capacidad de promocionar la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, paliativo y rehabilitación) tomando en consideración las necesidades diferenciales (OPS, 2014a).

Otro punto considerado, es la equidad de género. Las desigualdades entre ambos sexos (presentes en todas las sociedades), tienen efectos perjudiciales en la salud e influyen en la misma de acuerdo a falta de acceso a los recursos y de poder de decisión sobre la salud, de violencia y pautas de alimentación discriminatorias.

Consecuentemente, todo lo anterior está determinando por las estructuras y procesos sociales que son el resultado de las políticas y con ello, las consecuencias en la distribución del poder, la riqueza y el acceso a los recursos. Sin perder de vista la responsabilidad del mercado, ya que si bien puede contribuir a las mejoras sanitarias con el aporte de nuevas tecnologías, bienes y servicios, también, puede ser perjudicial para la salud de la población si la comercialización de los mismos no cumple con las normas y los derechos sociales establecidos (OMS, 2009).

Cada uno de los componentes mencionados, revisten importancia en la evolución de las ECNT. Tal es así, que los grupos que presentan mejor situación socioeconómica tienen mayores posibilidades de una vida más saludable, no obstante, las poblaciones con recursos socioeconómicos más bajos son impactadas de forma negativa por los DSS y en consecuencia a favor de la evolución de las ECNT. Un ejemplo de ello, es la urbanización que influye de manera significativa en la salud de las poblaciones y, particularmente, en aquellos habitantes más pobres sometidos a estilos de vida nocivos, con menor posibilidad de acceso a los servicios de salud.

Los países con mayor índice de desarrollo urbano, presentan mayores posibilidades a invertir la relación entre la posición socioeconómica y el índice de masa corporal, traducido en un riesgo importante para el desarrollo de ECNT (OPS, 2012). Tal es así, que la prevalencia de obesidad se incrementó, en las últimas décadas, principalmente en países de ingresos bajos y medianos.

Es por ello que, en la medida que los países se desarrollan económicamente y se urbanizan, se presenta con mayor frecuencia la alimentación poco saludable y la inactividad física en los grupos de nivel socioeconómicos bajos. Sobre esta situación, también, desempeñan un rol primordial los servicios de salud, en términos de vigilancia de riesgos biológicos, tales como la hipertensión, en los que algunas poblaciones enfrentan a barreras sociales y económicas que obstaculizan su acceso a los controles y atención sanitaria.

Otro determinante influyente en el desarrollo de las ECNT es el nivel educativo que presentan las poblaciones. Estudios recientes demostraron que la baja escolaridad en el mundo está asociada al padecimiento de las enfermedades cardiovasculares. Concretamente en Argentina, el bajo nivel de educación presenta asociaciones más estrechas a la alimentación malsana, con una mayor prevalencia de diabetes mellitus (Escamilla-Cejudo, Sanhueza, & Legetic, 2017), y en Brasil, las tasas de consumo de tabaco se presentan 5 veces más altas en adultos que no tiene escolaridad y, en México, 4 veces mayor consumo en obreros que en profesionales (Ramos, et. al. 2014).

Las situaciones explicitadas, a su vez, pueden convertirse en un obstáculo para la reducción de la pobreza, principalmente en los países de medianos y bajos ingresos, escenario que se condice con lo expuesto respecto a la afectación de personas vulnerables y socialmente desfavorecidas, con mayor predisposición de exposición a productos nocivos como el tabaco, prácticas alimentarias inadecuadas, un acceso limitado a los servicios de salud, entre otros (OMS, 2017).

La Comisión sobre DSS sostiene que la desigualdad en la distribución de experiencias perjudiciales para la salud no responde a un fenómeno natural, sino que son el resultado de normas, políticas y programas sociales deficientes que conllevan a una distribución injusta del poder. Con ello, la misma reconoce que la salud de la población es una meta social y una responsabilidad que concierne a toda la sociedad. Por lo tanto, las mejoras en la salud de la población y la consecuente reducción de las inequidades, requiere un enfoque de acción basado en los DSS. Dicha acción, trasciende la respuesta del sector salud, lo que demanda actuar de manera coordinada entre los diversos sectores de la sociedad (Solar & Irwin, 2010).

Es por ello que, la multiplicidad de los factores y determinantes, interdependientes y complementarios por su misma naturaleza, demandan nuevas formas de políticas y estructuras a fin de abordarlos de forma integral e intersectorial (OPS, 2015).

3.2 Acción sobre los determinantes sociales de la salud para prevenir y controlar las ECNT.

Los procesos de salud- enfermedad están atravesados por los DSS y la equidad en salud. Para el alcance en las mejoras de salud de la población se requiere de la participación social en salud y del fortalecimiento de la acción intersectorial.

En salud, los modelos biomédicos son necesarios y útiles para tratar y reducir las consecuencias adversas de las enfermedades, pero son insuficientes por sí solos para promover diversas acciones destinadas abordar los DSS (De Andrade, et. al, 2015; OMS 2009). Es decir, las altas tasas de morbilidad mundial no responden solo a las limitaciones respecto de la atención sanitaria, por ejemplo: las enfermedades cardíacas no son producto de la falta de unidades coronarias sino de la forma de vida determinada por el ambiente en el que viven los individuos; como así también la obesidad no responde al fracaso moral de las personas sino al fácil acceso a los alimentos que contienen elevados niveles de grasas y azúcares. De igual modo, las enfermedades de transmisión por agua no potable no son resultado de la escasez de antibióticos sino de la falta de acceso al tipo de agua salubre, y de los factores políticos, sociales y económicos que no lo garantizan.

La inequidad sanitaria es motivo de preocupación en todos los países del mundo, y la exigencia para la acción se agrava de acuerdo a los problemas sanitarios que se presentan al interior de los mismos. Existen dos metas principales para el alcance de la misma, mejorar la situación en salud de los países y actuar a favor de eliminar las desigualdades sanitarias evitables al interior de cada país (OMS, 2009).

En este sentido, se presenta un compromiso social por parte de las organizaciones y los Estados con la fundación de la OMS, en 1948. La misma, especificó una nueva visión de la sanidad mundial con el concepto de salud fundado en el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. Treinta años después, en la

Declaración de Alma Ata (1978) se revela la Atención Primaria de Salud (APS) como medio esencial para alcanzar una situación sanitaria mundial que sea justa, que no solo contemple los servicios de atención en el nivel primario sino también, como un modelo de sistema que tenga la capacidad de intervenir sobre las causas sociales, económicas y políticas.

Posteriormente, la Carta de Ottawa (1986) pone en manifiesto a la salud como un recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante para la calidad de la vida de la población. La mencionada Carta, sustentada en los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, define a la promoción de la salud como la acción de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y aumentar el control que pueden ejercer sobre la misma (OMS, 1986).

Sobre esta última acción, dirigida a la consecución de la “La Salud para todos en el año 2000”, los DSS (tanto aquellos relacionados con las condiciones de vida como los determinantes estructurales) revisten importancia con el reconocimiento en el planteamiento de políticas públicas en materia de salud (Pellegrini Filho, 2012).

Diversos países comenzaron a progresar en el abordaje de los DSS a lo largo de los años 90 y a comienzo de los 2000, con base en las repercusiones generadas a partir del informe Lalonde (1974) en Canadá, fundado en la división del campo de la salud de acuerdo a la biología humana, el medioambiente, los estilos de vida y la organización de los servicios de salud; y el Informe Black (1980) en Reino Unido, que promovió un debate científico acerca de las causas en las desigualdades en salud.

La OMS, con sustento en el continuo reconocimiento sobre la importancia de los DSS y sobre las dificultades permanentes experimentadas por los países para accionar sobre los mismos, impulsó en la conferencia internacional en Halifax (1997), un enfoque renovado fundado en la promoción de la acción intersectorial como una estrategia sanitaria clave para las políticas públicas (OMS, 2005).

Posteriormente, con la creación de la Comisión de DSS, el foco de acción propuesto comienza a centrarse aún más en las “causas de las causas”, es decir, en la jerarquía social de todos los países y de cada país en lo particular, y en las condiciones sociales producto de la misma, que determinan las circunstancias en la que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen. Para actuar sobre ello, la comisión define tres principios de acción para los ámbitos mundial, nacional, local e individual.

El primero consiste en mejorar las condiciones de vida, el cual apunta principalmente al mejoramiento del bienestar de la primera infancia y la edad escolar, el entorno social y físico (especialmente de las ciudades), y las características del empleo y las condiciones de trabajo, como así también la protección social y de ingreso como recurso esencial de la vida cotidiana. Dichas políticas deben contar con la participación de la sociedad civil, los gobiernos y los organismos internacionales para el alcance de los objetivos.

La segunda acción que propone la comisión se concentra en la lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. La misma, tiene por objeto resolver la inequidad sanitaria y las desigualdades en las condiciones de vida, considerando que es importante actuar tanto sobre los factores a gran escala de los que dependen las condiciones de vida en el plano mundial, nacional y local como también, contra las desigualdades que se observan producto de la organización social (Ej.: entre los varones y las mujeres).

Por último, dicha comisión plantea como parte de los principios de acción a la capacidad para la definición de los problemas, la evaluación de las intervenciones y la sensibilización sobre la opinión pública acerca de los DSS, ya que, resulta esencial como punto de partida de cualquier tipo de intervención el reconocimiento del problema para poder garantizar las medidas oportunas y la evaluación del impacto en la equidad sanitaria que tienen las políticas y las intervenciones implementadas.

Con base en lo anterior, la Comisión sobre DSS fundamenta que la toma de decisiones en las políticas públicas puede contribuir a mejorar o agravar la salud y la equidad sanitaria. Es decir que, resulta preciso que todas las políticas de todos los sectores sean sometidas a un control que valore el grado de coherencia que presentan en relación al alcance de la equidad en salud. Tal es así que, si una política de comercio fomenta la producción, comercialización y consumo de alimentos a base de grasas y azúcares sin restricciones, podría marchar en contra de una política sanitaria que recomienda un mayor consumo de frutas y verduras. (OMS, 2009).

En este sentido, se demanda la creación de políticas y acciones por parte los sectores de salud, económico, educativo, de transporte, vivienda, agricultura y otros, para actuar de manera efectiva sobre los DSS, mejorar la salud y reducir las inequidades sanitarias de las poblaciones (De Andrade, et. al., 2015).

El enfoque de “Salud en Todas las Políticas” en la Declaración de Adelaida (2010), progresó en el control de los DSS y su priorización, con la formulación de políticas orientadas a crear sinergias con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria. Esta última declaración, refuerza la labor intersectorial y de la formulación integrada de políticas (OMS, 2010).

Las actuaciones sobre los DSS solicitan la participación de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, como así también de los organismos internacionales. Consecuentemente, las políticas y los programas no solo deben ser impulsados por el sector sanitario sino también abarcar otros sectores clave de la sociedad.

Puntualmente sobre la participación social, la Comisión sobre DSS identifica a la misma como una estrategia decisiva para el sistema de salud. Es decir, la intervención de la población y organizaciones de la sociedad civil (particularmente aquellas que trabajan con los grupos socialmente desfavorecidos), son un recurso necesario desde las perspectivas de los ciudadanos sobre el cambio o mantenimiento de las estructuras y los valores de una sociedad, en el

desarrollo, implementación y evaluación de las políticas públicas. Del mismo modo, el sector privado tiene una gran influencia en la salud y el bienestar. Si bien la Comisión acentúa que es de vital importancia la función del sector público sobre el favorecimiento de la equidad sanitaria, no resta relevancia a las actividades que el sector privado promueva a favor del alcance de la misma.

Claramente, es fundamental el valor compartido por todos los sectores con miras a complementarse en lugar de contradecirse, no obstante, resulta una estrategia difícil pero indispensable para alcanzar el abordaje de los DSS y la equidad en salud (OMS, 2009).

La incorporación de la salud a todas las políticas, también, se cimenta en el reconocimiento los principales desafíos sanitarios complejos e interrelacionados a los DSS, entre los que identifica a la emergente problemática de las ECNT.

Particularmente, en lo tocante a la tendencia creciente de este grupo de enfermedades, la no actuación sobre los DSS, conducirá a un incremento de la mortalidad con mayor repercusión sobre los grupos más vulnerables, reproduciendo mayores desigualdades e inequidades en salud (OPS, 2017).

Para hacer frente a esta situación, la OMS al contemplar a las ECNT como una amenaza para el crecimiento y el desarrollo económico en los países, propone a aquellos de medianos y bajos ingresos llevar adelante intervenciones costo- efectivas. Las mismas, también llamadas de “bajo costo”, incluyen medidas que van dirigidas a la población en general, como la aplicación de impuestos indirectos al tabaco y las bebidas alcohólicas; la prohibición de fumar en los espacios públicos cerrados; la provisión de información y cuidados sanitarios; y la realización de campañas orientadas a la nutrición saludable tales como el control del agregado de sal, el régimen alimentario y el fomento de la actividad física. Como así también, se identifican acciones dirigidas a los individuos en particular como ser, los controles periódicos,

el asesoramiento y el tratamiento farmacológico oportuno, por ejemplo: el tamizaje del cáncer cervicouterino y la vacunación contra la hepatitis B para prevenir el cáncer hepático, entre otros.

La OMS, entre otras estrategias, confiere en el año 2013 el plan de acción mundial para la prevención y el control de las ECNT (2013-2020) y otro plan en las Américas, para el alcance del mismo objetivo de manera conjunta con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)- (2013-2019). Dichos planes, se articulan con la definición de metas relacionadas a la reducción del consumo de tabaco y alcohol, la ingesta de sodio y el aumento de la actividad física, entre otras. Para ello, refieren que resultan necesario generar estructuras y procesos sustentados en alcanzar un mundo exento de la carga evitable de ECNT, de modo que las poblaciones logren el grado más alto posible de salud y productividad a todas las edades, y dichas enfermedades dejen de suponer un obstáculo para el desarrollo socioeconómico, mediante la colaboración intersectorial y la cooperación a nivel mundial, nacional y regional (OMS, 2013).

El plan de acción para la prevención y el control de las ECNT en las Américas 2013-2019, otorga líneas estratégicas de intervención principalmente basadas en, políticas y alianzas intersectoriales para la prevención y el control de dichas enfermedades (fortalecer y promover medidas intersectoriales); en la reducción de factores de riesgo y fortalecimiento de los protectores con principal foco en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables; en la respuesta de los sistemas de salud a las ECNT en términos de cobertura, acceso equitativo y la calidad de la atención; y la vigilancia e investigación de dichas enfermedades (OPS, 2014b).

En la misma línea, las políticas de diferentes países adhirieron en los últimos años a diversas estrategias para control de las ECNT.

En las Américas, se presentaron ciertas respuestas innovadoras y costo- efectivas. Por ejemplo, gran parte de los países de la región cuentan con acciones orientadas a ambientes libres de humo de tabaco, lo cual circunscribe en la prohibición de fumar en los espacios públicos cerrados, en los ambientes laborales y en el transporte público. Como así también, aunque en

menor medida, ciertos países de las Américas utilizan advertencias e información sanitaria visible en las gráficas de los paquetes que contienen tabaco (Hennis, 2017).

En Argentina, el Ministerio de Salud asume estrategias, políticas y plan de acción para el control de ciertas enfermedades, entre ellas las ECNT (OMS, 2014a). Dicho Ministerio, forma parte de la estructura del sistema de salud Nacional (sector público, seguridad social y sector privado), más específicamente del subsistema público. Este último es integrado por los recursos que proveen los Ministerios de Salud nacional y de las provincias y las secretarías municipales a través de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin cobertura (Belló & Becerril-Montekio, 2011).

Desde el año 2009, dicho Ministerio cuenta con la Dirección de Promoción de la Salud y control de enfermedades no transmisibles, que promueve acciones y el desarrollo de políticas públicas para el control y prevención de las ECNT. Dicha dirección persigue alcanzar objetivos, tales como: coordinar programas dirigidos a la prevención y control de ECNT; fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud; desarrollar y coordinar estrategias y acciones de vigilancia epidemiológica; diseñar, proponer y evaluar el desarrollo de políticas públicas en relación a la promoción de la salud y la prevención de dichas enfermedades, asesorar y/o representar en las instancias intersectoriales en los temas de su competencia, entre otros. Cabe mencionar, entre las principales iniciativas nacionales, al “Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo”, “Programa Nacional de control del tabaco”, “Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad”, entre otros (MSAL, s./f.).

La provincia de Santa Fe, presenta su sistema público de salud sobre la base de una red integrada de servicios sanitarios en el marco de la estrategia de APS, con énfasis en la descentralización territorial en regiones con particularidades que requieren presencia y cercanía. Dicha red, se encuentra comprendida por diversos efectores, dispositivos, programas

y redes de apoyo que dependen de la gestión provincial, municipal y comunal; proponiendo asumir la responsabilidad de acciones de promoción de la salud y prevención, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados domiciliarios incluyendo atención de urgencia y emergencia. En suma, sobre la construcción de salud dicho sistema asume la participación social, en términos de las acciones colectivas mediante las cuales planea promover el empoderamiento de la ciudadanía orientado a la promoción de la salud como proceso social, cultural, psicológico o político; proyectando alcanzar una mayor influencia y control sobre los DSS y la calidad de vida de la comunidad (Gobierno de Santa Fe, s/f a).

Específicamente sobre el control de las ECNT, el Ministerio de Salud de la mencionada provincia impulsa determinadas políticas en el marco del programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud, por medio del cual, durante los últimos años, promueve acciones y brinda recomendaciones sobre la prevención, el seguimiento y el control de las ECNT (Gobierno de Santa Fe, s/f b).

Pese a las diversas estrategias y la evidencia disponible, el control de las ECNT continúa siendo un reto creciente para la salud de la población mundial. Ciertos países de ingresos bajos y medianos aún presentan una inversión limitada, con una baja capacidad de reglamentación y marcos jurídicos débiles para la promoción de la salud. A su vez, gran parte de los sistemas de salud muestran escasa preparación para abordar la demanda creciente de las ECNT y sus determinantes (Hernández-Ávila, et. al., 2017).

Si bien existe suficiente información respecto a cómo los DSS influyen en la salud de la población y en las inequidades de salud, la formulación de políticas no reviste la suficiente actuación sobre los mismos para el logro de mejores situaciones sanitarias en los países (OMS, 2009).

Es por ello que, abordar y mejorar la salud y el bienestar social de la población, requiere el reconocimiento y la vigilancia, para el establecimiento y fortalecimiento de intervenciones eficaces, con participación de los diversos sectores capaces de actuar y transformar en forma positiva los DSS, con miras a reducir las inequidades en salud (De Andrade, et. al., 2015).

3.2 Intersectorialidad.

Para actuar sobre los DSS y la inequidad en salud es necesario el desarrollo de acciones uni y multisectoriales (Solar, Valentine, Rice & Albrecht, 2009). Se entiende por sector, a las especialidades del conocimiento que se expresan en el apartado gubernamental a través de su organización funcional, tales como salud, educación, cultura, medioambiente, entre otros (Cunill-Grau, 2014).

El sector salud debe ser un actor clave en la formulación de una agenda sanitaria a partir de la cual se diseñen, planifiquen y/o ejecuten políticas, programas o acciones en conjunto o en otros sectores con la finalidad de actuar sobre DSS y factores generadores de inequidades en salud. Situación que se contrasta con la inclinación de la salud como un proceso relacionado principalmente con el acceso a los servicios médicos curativos, donde la relación de la salud con otros sectores habitualmente no es un objetivo prioritario (Solar, Valentine, Rice & Albrecht, 2009).

La noción de intersectorialidad tiene varias acepciones. La significación más generalizada es aquella que define a las acciones como intersectoriales a partir de su capacidad para mejorar la equidad sanitaria, la salud de la población y abordar los DSS.

Bajo esta acepción se consideran intersectoriales a las acciones llevadas a cabo con el objetivo de mejorar la equidad en salud o reducir la brecha en el estado de salud entre grupos específicos. Las iniciativas dentro de este grupo involucran programas dirigidos a diversos grupos de interés o emplean una combinación de enfoques específicos y universales sobre determinadas poblaciones de riesgo. Diversos autores, en un estudio de casos en países de altos, medianos y bajos ingresos, refieren como ejemplo sobre tipo de acción a las intervenciones tales como: Empoderar a los trabajadores del comercio sexual en India para reducir el VIH; Mejor educación y capacitación para los jóvenes indígenas en Australia; entre otros.

La intersectorialidad para mejorar la salud de la población, incluye aquellas iniciativas que identifican explícitamente como objetivo principal mejorar los resultados de salud en toda la población. Claramente, estas iniciativas pueden tener como resultados la reducción o no de la brecha de equidad, pero dicha situación no responde al enfoque principal de las intervenciones. Como ejemplo de ellas, en el mismo estudio, los autores mencionan a la Reforma de la atención primaria de salud en Malasia, entre otros.

La acción intersectorial para abordar determinantes clave de la salud que responde al tipo de iniciativas que tienen como objetivo principal abordar los DDS y en tanto las mejoras de salud pueden ser observadas de manera secundaria por medio de los beneficios potenciales de las mismas. Los programas contra la pobreza a través de planes económicos en Malasia, la propuesta de Asociación de Comunidades de Apoyo de la Iniciativa Nacional de Personas sin Hogar en Canadá; las iniciativas de bienestar social centradas en la inclusión y la pobreza en Chile; los esfuerzos intersectoriales para mejorar las condiciones de vida en Colombia, son ejemplos de este tipo de acción (Barr, Pedersen, Pennock, & Rootman, 2008).

La Comisión sobre DSS reconoce que las acciones que tienen como fin mejorar los DSS y la equidad sanitaria, el gobierno y el sector público tiene un rol central, como así también diversos actores pertenecientes a los organismos y las organizaciones internacionales, la sociedad civil, el área científica y académica, y el sector privado (OMS, 2009).

Desde otro abordaje se considera como intersectorial a aquellos procesos en los cuales los objetivos, estrategias, actividades y recursos de cada sector se consideran en términos de las implicancias en otros sectores, con el objeto de resolver los problemas socio-sanitarios.

Por último, la intersectorialidad ha sido definida como la capacidad de superar la fragmentación de las políticas, como una forma de planificar, implementar y monitorear la prestación de servicios, convenida a actuar en forma efectiva sobre los DSS (Loewenson, 2013).

Solar y colaboradores (2009), refieren los diversos modos en que pueden articular los sectores, particularmente haciendo mención a la relación del sector de la salud con otros sectores. A saber, entre ellos, el intercambio de información, la cooperación, la coordinación e integración.

El intercambio de información entre el sector de la salud y otros sectores, reúne aquellos resultados de un estudio, análisis o problema en el sector. Por lo general, se asocia con instrucciones del sector de la salud, que implican un problema donde el otro sector tiene una recepción pasiva. A su vez, dicho intercambio puede ser el primer paso en un proceso de información intersectorial que es parte de la construcción de un lenguaje común para lograr el diálogo y la comprensión.

La cooperación, responde a la interacción entre el sector de la salud con otros sectores, con el objeto de lograr una mayor eficiencia en las acciones que aporta cada sector. Esta dimensión, está básicamente presente en el campo de la aplicación o implementación de programas o políticas, no en su formulación.

La relación con otros sectores a través de la coordinación, implica un esfuerzo de trabajo conjunto que involucra el ajuste de políticas y programas de cada sector en busca de una mayor eficiencia. En algunos casos, la coordinación puede estar sujeta a una fuente de financiación compartida.

El trabajo integrado implica definir una política o programa junto con otros sectores. La integración tiene como complemento a la Salud en Todas las Políticas, donde la intersectorialidad está presente no solo como una estrategia para resolver problemas, sino también como un área de desarrollo y producción de nuevos programas y políticas. Es decir, presenta no solo la integración en la formulación, diseño e implementación de políticas de salud con otros sectores, sino que, a su vez, la salud se considera uno de los ejes de todas las políticas, especialmente las sociales. El resto de los sectores, circunscriben el impacto de sus esfuerzos

en la salud y, al mismo tiempo, incluyen como uno de sus objetivos estratégicos el alcance de una mejor salud para toda la población, explícita o implícitamente en términos de su asociación con uno de los objetivos de mayor nivel asociados con la calidad de vida (Solar, Valentine, Rice & Albrecht, 2009).

La relación del sector de la salud con otros sectores depende también de las diversas prácticas promovidas por el mismo. Entre las principales corrientes que impulsan el accionar del sector de la salud, se encuentran aquellas intervenciones que tienen su foco en el abordaje de las enfermedades, como ser la asistencia, la prevención primaria y secundaria (la primera responde a medidas destinadas a evitar la aparición inicial de una enfermedad y la secundaria corresponde aquellas acciones dirigidas a detener o retrasar una enfermedad mediante la detección precoz y el tratamiento oportuno) (OMS, 1998) y, otras que se focalizan en la producción social de la salud, a través de la promoción de la salud. Las mismas, coexisten tanto en el sector de la salud como en otros sectores y pueden verse influidas de acuerdo al tipo de relación establecida entre los mismos (coordinación, cooperación, integración, información compartida).

La acción de la intersectorialidad asociada a la salud (orientada hacia las intervenciones de la enfermedad), refiere a la visión predominante desde el conocimiento y la responsabilidad en la asistencia sanitaria y, por lo tanto, la tarea de todo lo relacionado con la salud está en el sector de la salud y esta lógica está integrada en las relaciones con otros sectores.

Por otro lado, la visión de salud centrada en eliminar o reducir los factores de riesgo asociados con la promoción de medidas para cambiar estilos de vida y hábitos no saludables, principalmente dominados por estrategias individuales, aunque también pueden incluir las poblaciones, no son una prioridad para reducir las inequidades. Lo dicho, se sustenta en que en la mayor parte de los casos, se busca reducir, por ejemplo, el consumo de tabaco, centrado únicamente en campañas de información y estrategias individuales en lugar de estrategias

focalizadas, por ejemplo, en las condiciones de vida y trabajo. La lógica de la participación de los diversos sectores, se basa en la difusión, la información y el asesoramiento, como objetivo central para el cambio de conductas y hábitos de la población.

Por último, la visión de la salud como un patrón de salud y enfermedad producido socialmente, implica necesariamente un análisis de las causas de la distribución de los problemas de salud y, por lo tanto, el mismo incluye abordar los DSS. A partir de ello, el trabajo articulado entre los diversos sectores permite modificar el contexto, incluida la generación de espacios de participación social, en los cuales los actores y los grupos más vulnerables tienen control social sobre las políticas y programas que los afectan.

La intersectorialidad, responde a una de las acciones de mayor demanda en la gestión de la salud pública, sin embargo, existe poca documentación y sistematización de su práctica (Solar, Valentine, Rice & Albrecht, 2009).

A pesar del reconocimiento de dicha acción, como eje central de las políticas y de la relevancia en materia de gestión (como una herramienta de transformación social), en la actualidad continúa siendo débil su utilización por lo que suele minimizarse la validez en términos de los resultados sociales (Cunill-Grau, 2014).

Fisher y colaboradores en un reciente estudio de políticas en Australia, mostraron que las intervenciones intersectoriales para la salud se encontraban principalmente orientadas a la cobertura de factores conductuales y prácticas médicas, evidenciando una débil capacidad de influencia sobre las desigualdades socio-económicas en el mencionado país, a pesar de que todas las jurisdicciones estudiadas identificaron a la acción intersectorial como necesaria para mejorar la salud y reducir las inequidades (Fisher, Baum, MacDougall, Newman, McDermott, & Phillips, 2017).

De igual manera, diversos trabajos que describen experiencias puntuales y concretas en países de ingresos bajos, medios y altos en el mundo (Barr, Pedersen, Pennock, & Rootman,

2008), y otros que evalúan integración de políticas sobre el diseño, programación, implementación y evaluación de intervenciones intersectoriales en América Latina (De Andrade, et al. 2015); no cuentan con información que permita dimensionar lo que está aconteciendo respecto de dichas acciones en su conjunto. Al igual que el estudio sobre la literatura existente acerca de la evaluación del impacto de las acciones intersectoriales sobre la equidad en salud, es limitada (Sume & Moffatt, 2013).

En virtud de lo expresado y en lo particular para hacer frente a las ECNT, diversos documentos normativos y declaraciones políticas reconocen la necesidad de una respuesta intersectorial. Los diversos sectores tales como, medioambiente, educación, transporte, agricultura, entre otros; representados por diferentes actores, en coyuntura desempeñan un rol importante en la determinación de la salud de la población y en consecuencia en el control de las ECNT y en los efectos provocados por las mismas (Fortune, Salgado de Snyder, Cassanha Galvao & Murphy, 2017). Para ello, resulta necesario identificar las áreas de apoyo que impulsen la agenda del desarrollo socioeconómico; involucrar a los aliados que tienen capacidad y herramientas para actuar e incidir sobre los determinantes de las ECNT, y los recursos para proporcionar acceso a los servicios de salud (OPS, 2011).

4. Propósito de la investigación

Este estudio pretende contribuir a la promoción de innovaciones y al reconocimiento y desarrollo de intervenciones intersectoriales efectivas para controlar y prevenir las ECNT.

5. Objetivos de estudio

5.1 Objetivo General.

-Reconocer y caracterizar las intervenciones intersectoriales creadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de la ciudad de Rosario, entre los años 2000 a 2015, para abordar los DSS que influyen sobre las ECNT.

5.2 Objetivos Específicos.

-Identificar las intervenciones intersectoriales originadas por el gobierno de la provincia de Santa Fe y el municipio de la ciudad de Rosario, entre los años 2000 a 2015, para controlar y prevenir las ECNT mediante la acción sobre los DSS.

-Caracterizar dichas intervenciones en términos de: jurisdicción del gobierno que la creó, contexto de emergencia, tipo de ECNT abordada, acción colectiva, foco y acción propuesta en las mismas para abordar los DSS que influyen sobre las ECNT.

6. Metodología

Este trabajo constituye un estudio de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo de las intervenciones intersectoriales originadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de la ciudad de Rosario para el abordaje de los DSS que influyen sobre la evolución de las ECNT. El mismo, fue llevado a cabo mediante la revisión de fuentes secundarias (documentos normativos).

6.1 Recolección de datos

6.1.1 Búsqueda de intervenciones intersectoriales que abordan los DSS que influyen sobre las ECNT.

Se realizó una búsqueda de documentos en los digestos de normativa de la provincia de Santa Fe (Sistema de Información de Normativa-SIN-) y del municipio Rosario (buscador de normativas) para identificar y describir las intervenciones intersectoriales. En este estudio, se consideró como intersectorial aquellas acciones que asumen la capacidad de mejorar la equidad sanitaria, la salud de la población y abordar los DSS.

Se utilizaron los documentos de normativa de acceso libre, que proveen información pública a través del contenido establecido por las decisiones provenientes de autoridades correspondientes y la disposición sancionada, promulgada o publicada como ley, decreto, ordenanza o resolución. A través de los mismos, se identificaron las intervenciones en el período temporal comprendido entre los años 2000 a 2015. El recorte temporal es convenido por ser un momento crucial de cambio simultáneo entre el mayor reconocimiento de los DSS y los esfuerzos para la acción intersectorial producido en los últimos años de la década de los 90, hasta entonces registrado en el marco de la promoción de la salud con una baja especificidad en la relación entre los sectores (OMS, 2005; OMS, 2010).

La búsqueda de documentos se realizó entre los meses de marzo a agosto de 2016 y se configuró (figura 2) de acuerdo a: temáticas (Ej.: promoción de la salud, salud), conceptos clave (Ej.: enfermedades crónicas no transmisibles, promoción de la salud, determinantes sociales, intersectorial) y por tipo norma (Ej.: ley, decreto, resolución).

En la figura 2 se especifica la configuración de la búsqueda en ambos digestos de normativas y los resultados obtenidos a partir de la misma.

6.1.2 Configuración y resultados de la búsqueda de intervenciones intersectoriales.

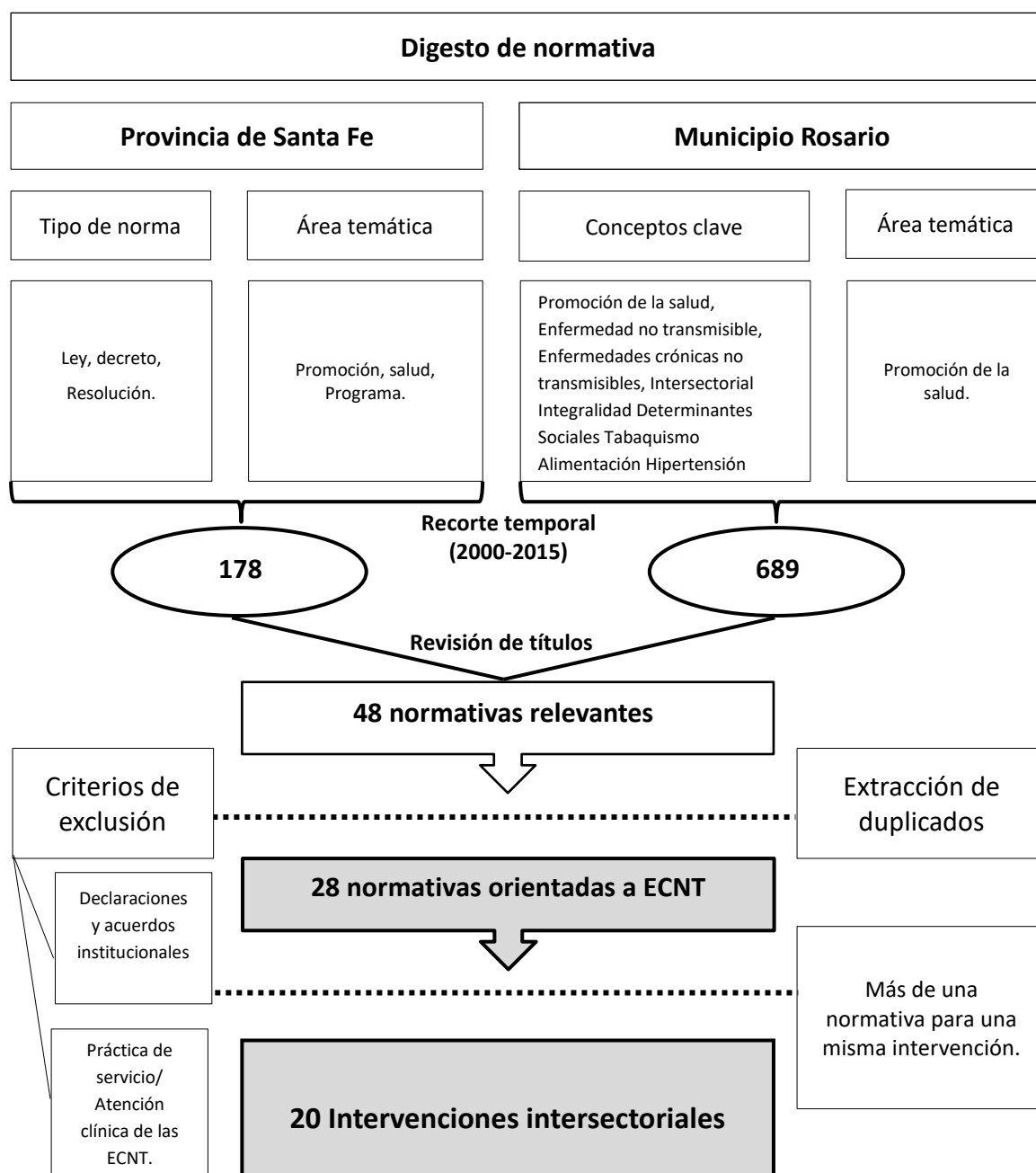


Figura 2. Configuración y resultados de la búsqueda de documentos. Fuente de elaboración propia.

La búsqueda en ambos digestos de normativa arrojó un total de 847 normas luego de la extracción de 20 duplicados: 177 en el sistema de normativa de Santa Fe mediante la búsqueda por tipo de norma (ley y decreto) y temática pre-establecidas (promoción, salud y programa) y 670 en el digesto municipal mediante la búsqueda por conceptos clave (promoción de la salud, enfermedad no transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles, intersectorial, integralidad, determinantes sociales, tabaquismo, alimentación, hipertensión, obesidad, actividad física) y área temática: promoción de la salud.

Los 847 documentos fueron revisados en una primera instancia mediante la lectura por título de normativa, a partir de la cual se excluyeron 799 documentos (en su mayoría declaraciones sobre distinción de eventos, instituciones, ciudadanos ilustres e interés municipal, acuerdos institucionales y presupuestos de la administración municipal, entre otros), que no correspondían a intervenciones para controlar y prevenir las ECNT, resultando un total de 28 normas. De estas 28, se extrajeron 20 intervenciones intersectoriales debido a que, en ciertos casos, se presentó más de una normativa en la que identificó una misma intervención.

Una vez captadas las intervenciones intersectoriales en los documentos normativos, se llevó a cabo una revisión en los sitios web oficiales de la provincia de Santa Fe y el municipio Rosario, para complementar y ampliar la información de las mismas.

6.2 Procesamiento y análisis de datos.

Los documentos fueron procesados y analizados mediante la técnica de análisis de contenido estructurado y latente² (Mayan, 2001; Porta & Silva, 2003). La misma, consistió en identificar y examinar el significado de los datos en el contexto de los documentos utilizando categorías de análisis definidas a priori.

Por un lado, las categorías fueron operacionalizadas en sentido de que procuran abordar y a quiénes se encuentran dirigidas las intervenciones y, por otro lado, las acciones propuestas en términos de la modalidad de abordaje y la acción colectiva.

En la tabla 1 se detallan las categorías utilizadas para el análisis de las intervenciones con sus respectivas definiciones operacionales.

² Es el proceso de identificar, codificar y categorizar los datos. Dicho tipo de análisis se caracteriza por la búsqueda de significados en el contexto de los datos (Mayan, 2001).

Tabla 3 A. Categorías y definiciones operacionales por sub-categorías de análisis.

Categoría	Definición operacional	Sub-categorías
Fecha de creación	Año de sanción de la norma que crea la intervención.	Años: 2000-2015.
Contexto de emergencia	Modalidad por la cual fue creada la intervención.	-Por necesidad/demanda. - Por adherencia a iniciativa Nacional. -Por adherencia a iniciativa Provincial. - Por adherencia a iniciativas/pactos internacionales.
Jurisdicción que crea la intervención	Jurisdicción de Gobierno que crea la intervención (provincia- municipio).	-Provincia de Santa Fe. -Municipio de Rosario.
ECNT abordada	ECNT sobre las que procura actuar cada intervención. Se utilizó el criterio de la OMS sobre las cuatro principales enfermedades (OMS, 2017).	-Enfermedades cardiovasculares. -Cánceres. -Enfermedades respiratorias crónicas. -Diabetes. -Múltiples ECNT. -Otras ECNT.
Destinatarios de la intervención	Determinantes sociales estructurales de las desigualdades en salud.	Ejes de desigualdad: Definición demográfica: <ul style="list-style-type: none"> - Género (mujer/varón). - Edad (adulto/jóvenes/niños). - Población general. Definición socio-económica: <ul style="list-style-type: none"> - Subsistema público. - Servicios públicos. - Población general.

Tabla 3 B. Categorías y definiciones operacionales por sub-categorías de análisis.

Categoría	Definición operacional	Sub-categorías
Foco de la intervención	Determinantes sociales intermedios.	<ul style="list-style-type: none"> - Factores conductuales y biológicos (nutrición, actividad física, consumo de tabaco y alcohol; factores genéticos). - Factores psicosociales (estrés psicosocial, circunstancias de vida estresantes, relaciones y apoyo social y estilos de afrontamiento). - Circunstancias materiales (incluyen factores como la calidad del barrio, el consumo potencial [por ejemplo, los medios financieros para comprar alimentos saludables, ropa de abrigo, etc.] y el ambiente de trabajo).
Tipo de acción propuesta	Modalidad de la intervención para el abordaje de las ECNT.	<ul style="list-style-type: none"> -Promoción de la salud. -Prevención primaria. -Prevención secundaria.
Acción colectiva.	Sectores de la estructura del Estado que se responsabiliza y aquellos que participan de la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> -Sector/es responsable/s de la intervención. -Sector/es participante/s de la intervención. Ej: Salud - Educación - Cultura - Agricultura - Promoción social, entre otros.

Fuente de elaboración propia.

7. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la investigación. Los mismos son producto de la identificación y análisis de 20 intervenciones intersectoriales creadas por distintos sectores de los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario para la prevención y el control de las ECNT mediante la modificación de los DSS.

Del total de las intervenciones identificadas, 15 fueron creadas por el municipio Rosario y 5 por la Provincia de Santa Fe.

Tabla 4. Año de promulgación de las normativas de creación de las intervenciones intersectoriales para el control de ECNT, según jurisdicción.

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Jurisdicción de creación																	
Municipio Rosario	1	-	-	-	-	-	1	-	3	1	-	-	5	1	2	1	15
Provincia Santa Fe	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	1	-	-	5
Total	1	0	0	1	0	0	2	0	3	2	0	0	6	2	2	1	20

Del total de las intervenciones creadas por el municipio, 13 de ellas fueron promulgadas por normativa entre el 2008 y el 2015, con una mayor concentración de las mismas (n=5) en el año 2012.

En la provincia de Santa Fe, 3 intervenciones se promulgaron entre los años 2003 y 2009, y 2 de ellas entre los años 2012 y 2013.

Tabla 5. Tipo de ECNT que procuran abordar las intervenciones intersectoriales impulsadas por la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario, según año de promulgación.

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ECNT abordada																	
Enfermedades cardiovasculares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Enfermedades respiratorias crónicas.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Cánceres	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Diabetes	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Múltiples ECNT	1	-	-	-	-	-	2	-	1	1	-	-	5	2	2	1	15
Otras ECNT	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	1	0	0	1	0	0	2	0	3	2	0	0	6	2	2	1	20

Desde el año 2008, las intervenciones presentan una tendencia creciente en el abordaje de múltiples ECNT. Entre ellas, existe un predominio de accionar basado principalmente en proveer los medios necesarios para la realización de actividad física. En el año 2012, se crearon 3 intervenciones que tienen por objeto principal el fomento de la actividad física, una de ellas, la “*Calle recreativa*”, dispone de espacios públicos para la realización de diversas propuestas recreativas y físicas, otro es el “*Programa Rosario se mueve, movete con Rosario*”, que promete la realización de actividades físicas en los parques de la ciudad de Rosario y provee material educativo a los participantes sobre los efectos positivos que tiene en la salud la realización de la misma y cuáles son las consecuencias del sedentarismo, entre otros y; el “*Sistema de bicicletas públicas*” que proporciona puestos fijos en diversas estaciones de la ciudad que cuentan con bicicletas destinadas al uso por parte de los ciudadanos. En los años

2014 y 2015, las intervenciones que abordan múltiples ECNT, se sustentan en proveer diversas actividades que contemplan los hábitos de vida saludables, por un lado la *“Semana Saludable”* que tiene por objetivo la educación, información y capacitación sobre la importancia y los beneficios de una vida saludable, y el *“Programa permanente de Estaciones Saludables”* que promete la instalación de las mismas en los parques y plazas de la ciudad de Rosario, a través de las cuales proporciona a la población el acceso a ciertos controles de salud (medición del peso, talla, niveles de glucosa en sangre, presión arterial), como así también consejería sobre la nutrición saludable y diversas propuestas para realizar actividad física y recreativa (gimnasia, caminatas aeróbicas, actividades en bicicletas, baile, patín, entre otras).

Tabla 6. Jurisdicción de las intervenciones intersectoriales para el control de ECNT, según contexto de emergencia.

Jurisdicción de creación	Municipio Rosario	Provincia Santa Fe	Total
Contexto de emergencia			
Por contingencia	-	-	0
Por necesidad/demanda.	11	2	13
Por adherencia a iniciativa Provincial.	-	-	0
Por adherencia a iniciativa Nacional.	1	2	3
Por adherencia a iniciativas/pactos internacionales.	3	1	4
Total	15	5	20

De acuerdo al contexto de emergencia, en el municipio de Rosario crea 11 intervenciones en respuesta a la necesidad de proveer acciones orientadas al control de las ECNT, 3 por adherencia a iniciativas internacionales y una a partir de iniciativa Nacional.

De las intervenciones creadas por la provincia de Santa Fe, 2 de ellas adhieren a propuestas nacionales, 2 refieren a demanda de abordaje y otra por iniciativa internacional.

Tabla 7. Año de promulgación de las normativas de creación de las intervenciones intersectoriales impulsadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y la municipalidad de Rosario para el control de ECNT, según contexto de emergencia.

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Contexto de emergencia																	
Por contingencia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Por necesidad/ Demanda	1	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	3	2	2	1	13
Por adherencia a iniciativa provinciales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Por adherencia a iniciativa Nacional	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	3
Por adherencia a iniciativas/ pactos internacionales	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	-	-	-	4
Total	1	0	0	1	0	0	2	0	3	2	0	0	6	2	2	1	20

A partir del año 2008 se crean 10 intervenciones para control de ECNT por necesidad/demanda.

Por adherencia a iniciativas o pactos internacionales, 2 intervenciones fueron creadas en el año 2008. El “*Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables*”, comenzó a implementarse en Argentina en el año 2001, a partir de su adherencia a la iniciativa impulsada por la OMS y la OPS con relación al movimiento Municipios y Comunidades Saludables, y el “*Plan de Acción Integral de Salud Renal*”, desde la declaración y llamamiento de los Estados miembros de la OPS y del programa Federal de Salud a través de resoluciones de Salud Renal del Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 8. ECNT abordada en las intervenciones intersectoriales, según jurisdicción de creación.

ECNT abordada	Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades respiratorias crónicas	Cánceres	Diabetes	Múltiples ECNT	Otras ECNT	Total
Jurisdicción de creación							
Municipio Rosario	1	1	1	-	11	1	15
Provincia Santa Fe	-	-	-	1	4	-	5
Total	1	1	1	1	15	1	20

En ambas jurisdicciones, las intervenciones presentan una tendencia de abordaje sobre múltiples ECNT, es decir, gran parte de ellas procuran actuar sobre diversos factores comunes a dichas enfermedades.

El municipio, creó intervenciones que especifican accionar sobre: las enfermedades cardiovasculares con el “*Programa de prevención, difusión y concientización del ACV*”, las enfermedades respiratorias crónicas con la “*Campaña informativa en adhesión al Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*”, el cáncer con el “*Mes de concientización del cáncer de mama*” y el “*Plan de acción Integral de Salud Renal*” encauzado en la detección precoz de la insuficiencia renal, incluido como parte de la categoría otras ECNT.

En la provincia, se identificó una sola intervención que tiene por objetivo controlar y abordar la diabetes a través del “*Programa provincial de prevención, asistencia y tratamiento de personas diabéticas*”.

Tabla 9. Destinatarios por definición socio-demográfica de las intervenciones intersectoriales para el control de las ECNT, según jurisdicción de creación.

Destinatarios	Definición Socio-demográfica						Total
	Varones	Mujeres	Adultos	Jóvenes	Niños	Población general	
Jurisdicción de creación							
Municipio Rosario	-	1	1	2	1	10	15
Provincia Santa Fe	-	-	-	1	-	4	5
Total	0	1	1	3	1	14	20

Las intervenciones creadas por el municipio y la provincia, en gran parte proponen por destinatarios a la población general. Entre ellas, cabe mencionar que la intervención *“Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto”* a pesar del acceso abierto a toda la población en los espacios públicos, la norma indica el uso prioritario de los recursos materiales en los adultos mayores y su adaptabilidad a las personas con capacidades limitadas, como así también, sugiere la no utilización de los mismos en los niños y niñas. De igual manera, ciertas intervenciones que planean abordar a toda la población tienen por beneficiarios a ciertos grupos en lo particular, entre ellas la *“Campaña informativa en adhesión al Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”* que proyecta direccionar sus objetivos a toda la población y así convertirlos en agentes multiplicadores.

En lo particular, el municipio discrimina en 5 intervenciones el accionar sobre ciertos grupos socio-demográficos. En 2 intervenciones se propone como destinatarios la población de jóvenes, la población adulta es foco de una única intervención y los niños de otra.

En la provincia, una sola intervención tiene por destinatarios a la población joven.

Tabla 10. Destinatarios por definición socio-demográfica de las intervenciones intersectoriales impulsadas por la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario, según ECNT que procura abordar.

Definición Socio-demográfica							
Destinatarios	Varones	Mujeres	Adultos	Jóvenes	Niños	Población general	Total
ECNT abordada							
Enfermedades cardiovasculares.	-	-	-	-	-	1	1
Enfermedades respiratorias crónicas.	-	-	-	-	-	1	1
Cánceres	-	1	-	-	-		1
Diabetes	-	-	-	-	-	1	1
Múltiples ECNT	-	-	-	3	1	11	15
Otras ECNT.	-	-	1	-	-	-	1
Total	0	1	1	3	1	14	20

De las intervenciones que pretenden el alcance a toda la población, gran parte de ellas (n=11) proponen accionar sobre múltiples ECNT.

Las intervenciones que tienen por destinatarios a la población joven (n=3) plantean abordar múltiples ECNT con foco en problemáticas de consumo/adicciones. De ellas, 2 son creadas por el municipio, el “*Proyecto: Nuestras huertas una salida a las drogas*” y “*Campaña publicitaria permanente contra el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción*”; y otra intervención que es impulsada por la provincia y tiene por principales receptores a los jóvenes, la “*Mesa intersectorial para el abordaje de adicciones*”.

Otras 3 intervenciones, definen por destinatarios de acuerdo a ciertos grupos etarios. El *“Programa de concientización y detección precoz de la hipertensión infantil y del adolescente”*, procura abordar múltiples ECNT específicamente sobre la detección y control de la hipertensión arterial en los niños, y el *“Plan de Acción Integral de Salud Renal”* que manifiesta por receptores a la población adulta para la prevención, control y diagnóstico de la insuficiencia renal crónica.

Particularmente, el *“Mes de concientización del cáncer de mama”* promueve acciones que son direccionadas a toda la población teniendo como receptoras directas a las mujeres con el objetivo de controlar y prevenir el cáncer de mama.

Tabla 11. Destinatarios por definición socio-económica de las intervenciones intersectoriales impulsadas para el control de las ECNT, según jurisdicción de creación.

Definición socio- económica				
Destinatarios	Subsistema de salud	Servicios públicos	Población general	Total
Jurisdicción de creación				
Municipio Rosario	2	1	12	15
Provincia Santa Fe	1	-	4	5
Total	3	1	16	20

Por definición socio-económica, el municipio y la provincia, tienen como destinatarios a la población general en 16 intervenciones. Como parte de estas últimas, cabe mencionar que el “*Programa Rosario Previene*”, a pesar de tener por destinatarios a toda la población refiere su actuación poniendo especial atención en los sectores más vulnerables; al igual que el “*Programa de prevención, difusión y concientización del ACV*” que expone brindar dicha difusión y concientización en los Distritos Municipales, Centros de Salud y Hospitales Públicos.

Sólo 3 intervenciones (2 corresponden a la jurisdicción Rosario y una Santa Fe), aplican en el subsistema público y una intervención creada por el municipio Rosario, designa sus acciones en los servicios públicos.

Tabla 12. Destinatarios por definición socio-económica de las intervenciones intersectoriales impulsadas por la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario, según ECNT que procuran abordar.

Definición socio- económica				
Destinatarios	Subsistema de salud	Servicios públicos	Población general	Total
ECNT abordada				
Enfermedades cardiovasculares.	-	-	1	1
Enfermedades respiratorias crónicas.	-	-	1	1
Cánceres	-	-	1	1
Diabetes	1	-	-	1
Múltiples ECNT.	1	1	13	15
Otras ECNT.	1	-	-	1
Total	3	1	16	20

Del total de las intervenciones que abordan múltiples ECNT (n=15), 13 proyectan el acceso de las diversas estrategias y/o herramientas de control para dichas enfermedades a la población en general. Asimismo, 3 intervenciones que planean abordar ciertas enfermedades, como las cardiovasculares con el “*Programa de prevención, difusión y concientización del ACV*”, las enfermedades respiratorias crónicas con la “*Campaña informativa en adhesión al Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*” y el cáncer con el “*Mes de concientización del cáncer de mama*”, procuran el alcance a toda población.

El control de la diabetes con el “*Programa provincial de prevención, asistencia y tratamiento de personas diabéticas*”, la insuficiencia renal a través del “*Plan de Acción Integral de Salud Renal*” y múltiples ECNT con el “*Programa de prevención de la obesidad*”, proveen sus propuestas y acciones a la población que acude al subsistema público de salud.

Otra intervención, el “*Proyecto: Nuestras huertas una salida a las drogas*” procura a través de servicios públicos la cobertura de aquellos individuos droga-dependientes, que por su condición de vulnerabilidad socio-económica no pueden acceder a tratamientos de recuperación.

Tabla 13. Foco de las intervenciones intersectoriales impulsadas por la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario, según ECNT que procuran abordar.

Determinantes Sociales intermedios			
Foco de la intervención	Factores conductuales y Biológicos	Factores Psicosociales	Circunstancias materiales
ECNT abordada			
Enfermedades cardiovasculares.	1	-	-
Enfermedades respiratorias crónicas.	1	-	-
Cánceres	1	-	-
Diabetes	1	-	1
Múltiples ECNT.	15	2	5
Otras ECNT.	1	-	-
Total	20	2	6

Todas las intervenciones intersectoriales procuran abordar factores conductuales y biológicos. Entre ellas, existe un predominio sobre los conductuales con especial atención en la promoción de actividad física, el control del consumo de tabaco, alcohol y drogas y alimentación saludable.

Proponen un foco en las circunstancias materiales 6 intervenciones. De ellas, 4 están centradas en el accionar sobre el contexto urbano con el objeto de facilitar una sociedad potencialmente activa. La “*Calle recreativa*” ofrece participación a la sociedad en un circuito

en el que es posible la actividad física, recreativa y deportiva, libre de automóviles y transporte, y un espacio favorecedor de la convivencia y encuentro ciudadano. Sobre la misma línea, los *“Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto”* contribuyen a promover la utilización de espacios verdes para la realización de actividad física (equilibrio, coordinación, fuerza, elasticidad, movilidad) en los diversos distritos de la ciudad de Rosario, y el *“Sistema de bicicletas públicas”* dispone y provee de estaciones de bicicletas en los barrios de la misma ciudad, brindando a la población un modo de movilidad accesible, saludable y sustentable. Otras 2 intervenciones, el *“Programa Provincial de prevención, asistencia y tratamiento de personas diabéticas”* y el proyecto *“Nuestras huertas: una salida a las drogas”*, proveen de medios materiales como ser, el primero, entre los artículos de la ley dispone la provisión gratuita de tratamiento para los pacientes diabéticos; y el segundo plantea, entre sus objetivos, facilitar a las personas en proceso de recuperación de adicciones, espacios de contención, medios sociales y materiales orientados a enfrentar los conflictos laborales, de subsistencia y existenciales. Esta última, a su vez, suma a la intervención un foco en los factores psicosociales, proponiendo el desarrollo intelectual, de lazos sociales y solidaridad. También, sobre este grupo, el *“Programa Provincial integral de prevención, control y asistencia de los trastornos alimentarios”*, plasma acciones orientadas abordar la estigmatización y discriminación de las personas que padecen trastornos en la alimentación.

Tabla 14. Tipo de acción propuesta en las intervenciones intersectoriales impulsadas para el control y prevención de ECNT, según jurisdicción de creación.

Acción propuesta	Promoción de la salud	Prevención primaria	Prevención Secundaria	Total
Jurisdicción de creación				
Municipio Rosario	11	2	2	15
Provincia de Santa Fe	2	1	2	4
Total	13	3	4	20

El municipio Rosario impulsa intervenciones (n=11) para el control de las ECNT, principalmente fundadas en acciones para la promoción de la salud.

Entre las intervenciones dadas por la provincia, 2 proponen promocionar la salud, 2 apuntan accionar sobre las ECNT a través de la prevención secundaria (*“Programa Provincial de prevención, asistencia y tratamiento de personas diabéticas y “Programa Provincial integral de prevención, control y asistencia de los trastornos alimentarios”*), y una intervención procura actuar desde la prevención primaria.

Tabla 15. Tipo de acción propuesta en las intervenciones intersectoriales impulsadas por la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario, según ECNT que procuran abordar.

Acción propuesta	Promoción de la salud	Prevención primaria	Prevención Secundaria	Total
ECNT abordada				
Enfermedades cardiovasculares	1	-	-	1
Enfermedades respiratorias crónicas	1	-	-	1
Cánceres	1	-	-	1
Diabetes	-	-	1	1
Múltiples ECNT	10	3	2	15
Otras ECNT	-	-	1	1
Total	13	3	4	20

Las acciones propuestas en las intervenciones asumen principalmente a la promoción de la salud (n=13) como estrategia para el control de las ECNT. Sobre esta acción, ocupan el primer lugar las intervenciones que procuran actuar sobre múltiples ECNT, entre ellas el “*Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables*”, en el que las líneas de acción, toman como base primordial a la promoción de la salud sobre focos estratégicos orientados a mejorar la salud de la población, el “*Programa Rosario se mueve, movete con Rosario*” y el “*Programa permanente de Estaciones Saludables*”, pretenden abordar integralmente los factores que determinan la salud, a través de la promoción de actividad física en los parques de la ciudad de Rosario, que disponen de actividades tales como: ejercicios aeróbicos, de danza y deportivos, en suma, a las estaciones del buen hábito que proporcionan controles e información sobre cuidados para la salud. En la misma línea, la “*Semana Saludable*” parte de una celebración anual, que tiene por objetivo difundir y concientizar a la población sobre los estilos de vida saludables y otras intervenciones como el “*Sistema de bicicletas públicas*” y los

“Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto”, promueven la salud aprovisionando a los ciudadanos herramientas y espacios para el desarrollo de actividad física, como elemento clave para el cuidado de la salud y el control de las ECNT.

La prevención primaria, se expresa en 3 intervenciones que tienen por objetivo principal evitar la aparición inicial de múltiples ECNT. Sobre este grupo, se encuentran el *“Programa de prevención de la obesidad”*, que aborda mediante talleres, charlas, debates y actividades a los ciudadanos con sobrepeso u obesidad, la *“Mesa intersectorial para el abordaje integral de adicciones”* con acciones y herramientas para un abordaje integral e interdisciplinario con el objetivo de dar respuesta a las múltiples facetas de los pacientes adictos a sustancias, y el *“Programa de concientización y detección precoz de la hipertensión infantil y del adolescente”*, el cual provee información y los medios para la realización de controles de la hipertensión arterial con el objeto de poder identificar aquellos niños susceptibles a desarrollarla.

La prevención secundaria, es referida en 4 intervenciones que procuran afrontar la enfermedad presente y en consecuencia los abordajes oportunos a la misma. Sobre esta línea se encuentran el *“Proyecto: Nuestras huertas una salida a las drogas”*, que procura la asistencia y rehabilitación de pacientes droga-dependientes, el *“Programa Provincial integral de prevención, control y asistencia de los trastornos alimentarios”*, con la prestación para la prevención y asistencia de los trastornos en las conductas alimentarias, el *“Programa provincial de prevención, asistencia y tratamiento de personas diabéticas”* que contempla exámenes médicos y bioquímicos periódicos y la provisión gratuita de medicamentos y todo aquello que se considere necesario para el cuidado apropiado de los pacientes diabéticos, y el *“Plan de Acción Integral de Salud Renal”*, que provee dispositivos necesarios para implementar la detección de la Insuficiencia Renal Crónica y su posterior abordaje clínico-terapéutico.

Tabla 16. Sector responsable de las intervenciones intersectoriales desarrolladas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y la municipalidad de Rosario, según tipo de acción propuesta.

Sector responsable de la intervención	Salud	Desarrollo Social	Servicios Públicos	Gobierno	Total
Tipo de acción propuesta					
Promoción de la salud.	7	2	1	3	13
Prevención primaria.	2	1	-	-	3
Prevención secundaria.	3	1	-	-	4
Total	12	4	1	3	20

Más de la mitad de las intervenciones (n=12) tiene como responsable al sector de la salud. Sobre este total de intervenciones, 7 proponen a la promoción de la salud, 3 a la prevención secundaria y 2 a la prevención primaria como parte del accionar de las mismas.

La responsabilidad por parte de los sectores de servicios públicos (n=1), de planificación y desarrollo urbano (n=1) y de gobierno (n=3), proponen acciones vinculadas a la promoción de la salud.

Las intervenciones que tienen por responsable al sector de desarrollo social procuran acciones de promoción de la salud (n=2), de prevención primaria (n=1) y de prevención secundaria (n=1).

Tabla 17. Sector responsable las intervenciones intersectoriales impulsadas por la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario, según ECNT que procuran abordar.

Sector responsable de la intervención	Salud	Desarrollo Social	Servicios Públicos	Gobierno	Total
ECNT Abordada					
Enfermedades cardiovasculares	1	-	-	-	1
Enfermedades respiratorias crónicas	1	-	-	-	1
Cánceres	1	-	-	-	1
Diabetes	1	-	-	-	1
Múltiples ECNT	7	4	1	3	15
Otras ECNT	1	-	-	-	1
Total	12	4	1	3	20

El sector de la salud se representa como responsable en 4 intervenciones que abordan las principales ECNT, el “Programa Provincial de prevención, asistencia y tratamiento de personas diabéticas”, “Mes de concientización del cáncer de mama”, la “Campaña informativa en adhesión al Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”, el “Programa de prevención, difusión y concientización del ACV” y como otras ECNT, el “Plan de Acción Integral de Salud Renal”. El mismo sector, es responsable de 7 intervenciones que proponen abordar múltiples ECNT.

Asimismo, sobre este último grupo, 8 intervenciones tienen por responsables a los sectores de promoción social, servicios públicos y gobierno.

El “Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables”, la “Mesa intersectorial para el abordaje integral de adicciones” y el “Proyecto Nuestras huertas una salida a las drogas”, plasman la participación de diversos sectores, identificando la pertinencia de cada uno de ellos sobre la intervención. De igual modo, el “Programa Provincial integral

de prevención, control y asistencia de los trastornos alimentarios” integra la coordinación del sector salud con los diversos sectores de educación y desarrollo social y, a su vez, propone la participación de Organizaciones Sociales No Gubernamentales (ONG).

Si bien 12 intervenciones no revelan que sectores son los participantes, algunas de ellas refieren entre sus objetivos a la acción intersectorial. El “*Programa provincial de prevención, asistencia y tratamiento de personas diabéticas*” menciona promover la participación de los distintos sectores sociales involucrados en la asistencia del diabético y el “*Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables*”, pone en manifiesto el fortalecimiento de la intersectorialidad como punto apreciable para el alcance de los objetivos propuestos en dicha intervención.

8. Discusión

Se registraron 20 intervenciones intersectoriales creadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario para el control de las ECNT, entre los años 2000 a 2015. La mayor parte de ellas fueron establecidas por el municipio de Rosario a partir del año 2008, con el mayor número de creación de intervenciones en el año 2012.

Mayoritariamente las intervenciones emergen a partir del año 2008, sobre la necesidad de implementar acciones y estrategias que aborden los determinantes de las ECNT. Dicha situación se condice con que gran parte las intervenciones identificadas, primariamente aquellas desarrolladas por el municipio, se construyeron a partir de los datos relevantes y preocupantes en referencia a la tendencia creciente de las ECNT. Con sustento en las características epidémicas en incremento, el municipio apuntó a estrategias y actividades principalmente sobre múltiples hábitos de vida y determinantes que pudieran impactar sobre las diversas patologías que forman parte de las principales ECNT (enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, diabetes y cánceres). Cabe mencionar, que dicho municipio fue priorizado en este estudio porque representa la localidad de mayor población de la provincia, pero ello, no descarta la posibilidad que otros municipios y Estados locales también fomenten iniciativas para el control de dichas enfermedades.

La situación sobre las ECNT y los datos sobre la creciente prevalencia de las mismas no escapa a la provincia de Santa Fe, sin embargo, en este estudio se captaron una escasa cantidad de intervenciones impulsadas por dicha jurisdicción, principalmente fundadas a partir de iniciativas nacionales para abordar múltiples ECNT. Es posible, también, que existan otras intervenciones respaldadas y desarrolladas por la provincia y los diversos ministerios y no hayan sido identificadas en este estudio de acuerdo con las características de la búsqueda en el sistema de normativa correspondiente.

Cabe mencionar, que ciertas iniciativas por las que la provincia origina algunas intervenciones (por ejemplo: el Programa Nacional Municipios y comunidades saludables, el Programa de control del tabaquismo), el municipio adhiere sancionando en el territorio, programas y proyectos fundados a partir de las mismas.

En ambas jurisdicciones, se presentan escasas intervenciones que procuran actuar de manera delimitada sobre el grupo de las principales ECNT. Tal es así, que las enfermedades cardiovasculares, a pesar de ser la primera causa de mortalidad en la provincia y el municipio, no presentan suficiente cantidad de intervenciones que, de manera particular, aborden dicha enfermedad. Lo mismo sucede con el cáncer que representa en las dos jurisdicciones la segunda causa de mortalidad.

No obstante a ello, las ECNT al ser consecuencia de una serie de riesgos comunes como la alimentación inadecuada, la inactividad física, el consumo de tabaco y de alcohol, entre otros; en un número significativo las intervenciones de la provincia de Santa Fe y el municipio Rosario, condicen su abordaje en la multiplicidad de focos en las que se presenta un importante predominio de los factores conductuales y biológicos, lo que posibilita la cobertura de los principales factores de riesgo de múltiples ECNT. Entre ellos, se distingue que a partir del año 2012 mayoritariamente las intervenciones proponen establecer contextos asequibles para la realización de actividad física y campañas, difusión y reglamentación sobre consumos de sustancias, entre otros.

A lo largo de este estudio, se mencionó la importancia sobre el abordaje integral de dichas enfermedades, lo que demanda en suma a la reducción de la prevalencia de los principales factores de riesgo y en consecuencia el fortalecimiento de los protectores, perpetrar sobre los requerimientos reales de todos individuos, es decir, sobre las situaciones en las que las personas viven, crecen y envejecen. Resulta decir, que en menor medida las intervenciones plasman la articulación entre los factores conductuales, las circunstancias materiales y los

factores psicosociales, sobre las diversas oportunidades según determinantes estructurales como la educación, el género, entre otros.

Si bien gran parte de las intervenciones apuntan a promover acciones para incrementar la conciencia sobre decisiones más saludables y crear ambientes para ello, tal como lo señala el plan de acción para el control de las ECNT de la OMS (2013-2020), dichas intervenciones no plasman la vinculación de las acciones con los destinatarios, haciendo referencia a los grupos de mayor vulnerabilidad.

De acuerdo con los datos de la ENFR-2009 en Santa Fe, requieren mayor atención los grupos con bajo nivel de escolaridad ya que presentan mayor exposición al consumo de tabaco, a la inactividad física y a una menor ingesta diaria de frutas y verduras, y desde la perspectiva de género, los varones presentan mayor exposición al consumo de tabaco y alcohol, y a una alimentación malsana (menor porcentaje de consumo de 5 o más porciones de frutas y verduras y mayor porcentaje del consumo de sal), respecto de las mujeres (MSAL, 2011). Notoriamente, ambas jurisdicciones generaron proyectos, planes y programas que en su mayoría no discriminan, de acuerdo a la estructura etaria y por género, de manera positiva su accionar sobre los grupos más vulnerables; sin registro de intervenciones que tuvieran como destinatarios a los varones. Sin embargo, entre los hallazgos se pudo hallar que ciertas intervenciones que proponen como receptores de las acciones a la población en general, los posibles efectos de las mismas estén dirigidos a ciertos grupos específicos (por ejemplo: adultos) o la posibilidad de alcance de cierto impacto indirecto sobre los mismos.

Desde el punto de vista socio-económico, las intervenciones estudiadas no presentan una significativa distinción hacia las poblaciones con mayor vulnerabilidad en ese sentido. Son escasas las intervenciones de la provincia y el municipio que procuran el control de ciertas ECNT (diabetes, insuficiencia renal y obesidad), plasmando su accionar en la población que acude al subsistema público de salud.

A pesar de que ciertos factores de riesgo de las ECNT, como el consumo de tabaco y la prevalencia de inactividad física, de acuerdo a los datos de la ENFR (2009), se presentan en mayores porcentajes en la población con menores ingresos (MSAL, 2011), un gran número de las intervenciones planean abordajes poblacionales, sin disociar sobre los grupos de nivel socio-económico bajo que solicitan un mayor control en la exposición a dichos riesgos. Entre estos hallazgos, se observó que cierto grupo de intervenciones a pesar de tener como destinatarios a la población general, en lo concreto sobre las características socio-económicas proponen entre sus objetivos el abordaje de los sectores más vulnerables, como así también el alcance de ciertas campañas en centros de salud y hospitales públicos.

Las intervenciones en gran parte tienen por estrategia a la promoción de la salud encaminada al control de las ECNT. Dichas intervenciones, planean proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar la salud a través de espacios públicos y herramientas para el cuidado de la misma, con acciones basadas fundamentalmente en la educación para la salud, campañas de comunicación, herramientas y el mejoramiento de los espacios públicos, que procuran áreas de trabajo principalmente sobre la actividad física, el consumo de tabaco y alcohol y la alimentación saludable. Solo una parte de las mismas promueven y acentúan estrategias con el aporte de recursos sociales y personales, así como diversas acciones y actividades orientadas a fortalecer las capacidades físicas y los estilos de vida protectores, comunes a múltiples ECNT.

Con sustento en que la promoción de la salud se presenta en más de la mitad de las intervenciones y que la misma no concierne exclusivamente al accionar del sector de la salud, escasas intervenciones plasmaron entre sus objetivos la participación de diversos sectores. De igual manera, en aquellas intervenciones que no especifican la participación de los mismos podría ser que, en la puesta en marcha de algunas de ellas se presente o haya sido establecida la participación de diversos sectores en coyuntura.

Asimismo, más de la mitad de las intervenciones se encuentran ligadas a la responsabilidad del sector de la salud. El mismo sector, lidera principalmente todas aquellas intervenciones que actúan sobre cierta ECNT en lo particular, como así también, es responsable en el abordaje de múltiples ECNT. No obstante, sobre estas últimas, la suma del resto de los sectores sobrepasa a la responsabilidad mencionada por parte de dicho sector. Ello, se condice con que ciertas intervenciones que abordan múltiples focos y determinantes indefectiblemente son impulsadas por sectores no sanitarios (por ej. proveer de un sistema de bicicletas públicas en los barrios de la ciudad de Rosario, brindando a la población un modo de movilidad accesible, saludable y sustentable), aunque indiscutiblemente aborden la cobertura de ciertos problemas de salud.

En lo tocante a la cobertura desarrollada para el control de las ECNT por parte de las intervenciones en las jurisdicciones estudiadas, y conforme a los registros de la ENFR de la provincia de Santa Fe 2009 y 2013; los datos exponen un cambio a favor en el control de la inactividad física y la utilización de sal agregada en las comidas. No obstante, persisten algunos factores condicionantes de las ECNT, tales como el consumo de alcohol y tabaco y la ingesta de frutas y verduras diarias. Estos datos concuerdan, con gran parte de las intervenciones que abordaron la actividad física como principal determinante de riesgo de la sociedad y a su vez, aquellas limitaciones presentadas por las mismas hacia ciertos riesgos presentes en la población revisten la necesidad de orientar los focos de las intervenciones sobre los determinantes que continúan siendo un desafío para controlar las ECNT.

Cabe mencionar, que los resultados de esta fase de estudio presentaron algunas limitaciones; por un lado, en la configuración de la búsqueda se priorizaron conceptos clave, lo cual pudo ser un condicionante de los resultados de normativas sobre ciertas intervenciones. Asimismo, los digestos presentan diferente modalidad y opciones preestablecidas para la búsqueda, por lo que se estructuró de manera diferente para cada sistema de normativa.

Por otro lado, posiblemente existan otras intervenciones relevantes que no fueron captadas mediante la revisión documental de normativas y a su vez, la lectura de las mismas no permite reconocer cuáles de las intervenciones están en marcha, los efectos por ellas generados y los niveles de intersectorialidad presentados en las mismas.

9. Conclusiones

Este trabajo sistematiza las intervenciones implementadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio Rosario para abordar los DSS de las ECNT. El análisis de las intervenciones muestra la existencia de un interés creciente en el abordaje de las ECNT desde el trabajo sobre los DSS.

El análisis de las intervenciones revela que la mayoría de las mismas emerge por necesidad en el ámbito local, con un perfil inclinado hacia propuestas que procuran mejorar las conductas de los individuos con alcances poblacionales. Es decir, abordan los principales riesgos modificables por medio de acciones que son distribuidas de manera generalizada en la población a través de la promoción de estilos de vida, entornos saludables y en menor medida a través de la regulación de productos y servicios, a pesar que el padecimiento de las ECNT se encuentra atravesado por la exposición y la distribución no equitativa de los DSS. Es por ello que, reforzar ciertas líneas en tal sentido y avanzar en el fortalecimiento de acciones orientadas a abordar las desigualdades existentes en las condiciones de vida en las que las personas viven, resultan un camino ineludible en términos de los resultados en salud y de equidad sanitaria a los efectos de controlar las ECNT.

El análisis de las propuestas de acción indica que el principal mecanismo de las intervenciones es la promoción de la salud. Dicha acción, implica el análisis de las causas que originan los problemas de salud e indudablemente es una herramienta potencial por su efectividad en términos de la producción social en salud. Sobre esta acción, la literatura refuerza a la intersectorialidad como esencial a favor del avance de la misma en términos de resultados socio-sanitarios. Particularmente, dicha acción se encontró atravesada por la participación e integración de ciertos sectores (aunque en menor medida) que se encuentran por fuera del sector sanitario (principal responsable de las intervenciones).

Si bien en este estudio no se analizaron los niveles de intersectorialidad, el alcance de las intervenciones debería contar con la integración de la Salud en Todas las Políticas, situación que conlleva a los sectores a complementarse a favor de fundar la coherencia de las mismas, como aspecto esencial. En tal sentido, la implementación de intervenciones intersectoriales que procuran abordar los mecanismos causales asociados a los determinantes intermedios para el control de las enfermedades en cuestión, es clave.

10.Recomendaciones

Los principales hallazgos alcanzados en este estudio, subrayan la necesidad generar una agenda sanitaria que promueva incorporar el desarrollo de acciones en las políticas públicas que enfaticen sobre aquellos determinantes estructurales y causales de las conductas que pretenden abordar la mayoría de las intervenciones estudiadas, ya que los mismos continúan siendo un desafío para controlar las ECNT. La innovación en las políticas públicas hacia una planificación y desarrollo coordinado entre los sectores y niveles gubernamentales pueden ser el camino a impulsar acciones sinérgicas con capacidad de reducir de las inequidades en salud y garantizar el derecho a esta última de manera sostenible.

En lo particular, sobre ciertas limitaciones presentadas como parte de la fase inicial de este estudio, se propone como futura línea de investigación un estudio que conlleve ampliar el análisis de las intervenciones. Particularmente, en el reconocimiento de los DSS que procuran abordar para el control de las ECNT en sus fases de desarrollo, sus efectos alcanzados y la participación, cooperación e integración de los sectores en términos de comprender el potencial de las sinergias, y la construcción de acciones intersectoriales en el campo real.

Para ello, resulta interesante convenir con actores clave y decisores de las intervenciones, y así triangular los resultados presentados en esta fase, con un estudio en profundidad en la provincia de Santa Fe y el municipio Rosario, que permita analizar los niveles de intersectorialidad y el impacto de las mismas orientadas a los DSS y la equidad sanitaria, particularmente sobre el abordaje de la problemática socio-sanitaria de las ECNT.

11. Referencias bibliográficas

- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- Alves de Oliveira, W., Torres, A. R., Oliveira, C. C. C., Ibarra, A. M. D., Torales, A. P. B., & Martínez, M. M. A. (2016). Representaciones Sociales de Dieta en Pacientes con Enfermedad Crónica no Transmisible. *Archivos de Medicina*. 1 (12): 1-9.
- Barr, V., Pedersen, S., Pennock, M., & Rootman, I. (2008). Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. *Public Health Agency of Canada and World Health Organization*.
- Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53 (2), 96-108.
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico conceptual. *Gestión y Política pública*. 23(1), 5-46.
- De Andrade, L. O. M., Pellegrini Filho, A., Solar, O., Rígoli, F., de Salazar, L. M., Serrate, P. C. F., ... & Atun, R. (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet*, 385(9975), 1343-1351.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. (2016). *Indicadores básicos*. Argentina. Recuperado de: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/IndicadoresBasicos2016.pdf>
- Dirección general de estadística. (2016). *Anuario de Población y Estadísticas Vitales 2016 Ciudad de Rosario*. Rosario, Santa Fe: Argentina. Recuperado de: https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/anuario_2016.pdf
- Escamilla-Cejudo, J. A., Sanhueza, A., & Legetic, B. (2017). La carga de enfermedades no transmisibles en las Américas y los determinantes sociales de la salud. Legetic, B.,

- Medici, A., Hernández-Ávila, M., Alleyne, G., Hennis, A. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp.13-23). Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1#page=23>
- Fisher, M., Baum, F. E., MacDougall, C., Newman, L., McDermott, D., & Phillips, C. (2016). Intersectoral action on SDH and equity in Australian health policy. *Health promotion international*, 32(6), 953-963.
- Fortune, K., Salgado de Snyder, N., Cassanha Galvao, L.A. & Murphy, M. (2017). Los determinantes sociales de las enfermedades no transmisibles. Legetic, B., Medici, A., Hernández-Ávila, M., Alleyne, G., Hennis, A. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp.35-39). Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1#page=23>
- Gobierno de Santa Fe (s/f a). *Santa Fe es Salud*. Santa Fe: Argentina. Recuperado de: <https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/3>
- Gobierno de Santa Fe (s/f b). *Salud / Promoción y cuidados de la Salud / Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Recuperado de: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/115462/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/115462/(subtema)/93802)
- González, E. C. G. C., Gelis, M. M., Cruz, M. E. S., Figueroa, E. M., Hernández, M. V., & Pérez, L. D. A. C. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista Infodir*, 15. Recuperado de: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/344>
- Hennis, A. (2017). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. Legetic, B., Medici, A., Hernández-Ávila, M., Alleyne, G., Hennis, A. *Las dimensiones*

económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe (pp.3-10). Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1#page=23>

Hernández Ávila, M., Vieitez, I., Bernal, A., Charvel, S., Burgoa, C. S., Reynales-Shigematsu, L. M.,...& Calderon Pinzon, L. V. (2017). Marco de la política pública para el desarrollo y mejoramiento de las acciones gubernamentales destinadas a la prevención y el control de las ENT. Legetic, B., Medici, A., Hernández-Ávila, M., Alleyne, G., Hennis, A. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (pp.127-146). Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1#page=23>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INDEC-. & Ministerio de Salud de la Nación- MSAL- (2015). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Buenos Aires: Argentina. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

Loewenson R. (2013). *Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: learning from key informants. Discussion Paper 5 (Policy and Practice)*. Ginebra: Suiza. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/publications/SDH5.pdf

Mayan, M. (2001). Una introducción a los métodos cualitativos. *Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Alberta: International Institute for Qualitative Methodology*, 34.

- Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Buenos Aires: Argentina. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000570cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011_informe-final.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (s/f). *Dirección Nacional de Promoción de la Salud y control de Enfermedades No transmisibles*. Argentina. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/institucional/direccion-de-promocion-de-la-salud-y-de-enfermedades-no-transmisibles>
- Organización Mundial de la Salud. (s/f). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud: glosario. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/2440/1/B124_9-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Organización Mundial de la Salud (2010). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. Adelaida.

Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf;jsessionid=82D1E1706F0D67282DE62B2FCFD14C68?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la conferencia mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Río de Janeiro, Brasil. Recuperado de: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Recuperado de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1.

Organización Mundial de la Salud. (2014a). *ENT Perfiles de países*. Argentina. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2014b). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la salud. (2017). *Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Consulta Regional de alto nivel de las Américas contra las ECNT y la obesidad*. Informe documento para la discusión.

Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13936&Itemid=270&lang=en

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud en las Américas: Panorama regional y perfiles de país*. Washington DC.

Organización Panamericana de la Salud. (2014a). *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. CD53/5, Rev. 2*. Washington DC. Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27273&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2014b). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC. Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11275%3Aplan-action-ncds-americas-2013-2019&catid=7587%3Ageneral&Itemid=41590&lang=es

Organización Panamericana de la salud. (2015). *Impulsar el enfoque de la Salud en Todas las Políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud? Breve guía y recomendaciones para promover la colaboración intersectorial*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30678&lang=es

Organización Panamericana de la salud. (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. (Tercera edición). Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pellegrini Filho, A. (2012). La importancia del apoyo político y el papel de la academia para la integración de los determinantes sociales de la salud en los programas de salud. Urbina Fuentes, M., & González Block, M. *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. Instituto Nacional de Salud Pública. Academia

- Nacional de México de Medicina* (pp.81-88). Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9148%3A2013-the-importance-social-determinants-health-public-policies&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es
- Porta, L., & Silva, M. (2003). La investigación cualitativa: El análisis de contenido en la investigación educativa. *Red Nacional Argentina de Documentación e Información Educativa*, 1-18.
- Ramos, W., Venegas, D., Honorio, H., Pesantes, J., Arrasco, J., & Yagui, M. (2014). Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. *Revista Peruana de epidemiología*, 18 (1), 1-10.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010) *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Ginebra, Suiza. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
- Solar, O., Valentine, N., Rice, M. & Albrecht, D. (2009). *Moving Forward to Equity In Health What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Partnership and Intersectoral Action*. 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, Kenya. Recuperado de: <https://pediatricsociale.fondationdrjulien.org/wp-content/uploads/2015/08/8-Solar-et-al.-2009.pdf>
- Sume, N., & Moffatt, H. (2013). Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*, 13(1).
- Totaro Garcia, L. M., Gama Maio, I., Santos, T. I., Cunha Folha, C. B., & Watanabe, H. A. W. (2014). Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde em Debate*, 38(103), 966-80.

Villar Montesinos, E. (2012). Las recomendaciones sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en la región de América. Urbina Fuentes, M., & González Block, M. *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Instituto Nacional de Salud Pública. Academia Nacional de México de Medicina* (pp.25-31). Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9148%3A2013-the-importance-social-determinants-health-public-policies&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es

Vega, J., Solar, O., & Irwin, A. (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad*, 89.

12.ANEXO I

1) Ordenanza N° 6.919/2000- Programa de prevención de la obesidad.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 6.919)

Honorable Concejo:

Vuestra Comisión de Salud Desarrollo y Previsión Social, Deportes, y Recreación, ha tomado en consideración el proyecto de Ordenanza de los concejales Bermúdez Ruben, Taller, Rimoli y Peralta, mediante el cual solicita la Departamento Ejecutivo la creación en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública El Programa de Prevención de la Obesidad .-

Expresa el autor que las cifras que arrojan las distintas estadísticas realizadas en nuestro país sobre Obesidad, las graves enfermedades que la misma acarrea y las características de Epidemias Globales que ha adquirido en los últimos años.-

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento en el índice de peso corporal superior al 20% .-

Según estudios presentados en el “ IV Congreso Latinoamericano de Obesidad y trastornos alimentarios” entre el 55% y el 6= % de los argentinos padece algún tipo de exceso de peso. ya sea obesidad o sobrepeso. El porcentaje de obesidad es estimada en un 27%.-

La Organización Mundial de la Salud, considera a la obesidad como una epidemia metabólica con proyección mundial, lo que motivo la preocupación de las organizaciones científicas que estudian el problema, ya que se la ha planteado como uno de los problemas más graves de la salud pública . Su prevalencia se ha incrementado en las últimas décadas, la que transformo a la dolencia en una condición de epidemia global.-

Los trastornos de la alimentación “ Anorexia, Bulimia, obsesiones con el exceso de peso y/o dietas”, han despertado en los últimos años un considerable interés en el campo de la Salud Mental, ya que la demanda de atención relacionada con estos trastornos es cada vez mas frecuente.-

La prevención y el tratamiento de la obesidad deben ser integrados en las políticas de Salud Pública y no ser solamente un problema individual, con lo cual se apuntaría a la Educación comenzando en la etapa de la niñez. Las alarmantes cifras que van en incremento demuestran la necesidad de crear éste espacio.

La prevención debe hacerse tempranamente ya que el cambio tisular que determina la configuración de la obesidad se lleva a cabo en la primer infancia y da lugar a un trastorno que permite recreación pero no una cura completa.

El desarrollo de este trastorno de la alimentación implica una multiplicidad de factores tales como:

Comportamentales, dado que el sedentarismo es una de las causas principales del sobrepeso.-

Nutricionales, por exceso de grasas que se conducen actualmente en la dieta.

Psicológicos, por los trastornos emocionales que disparan las ansias por ingerir más alimentos de lo que realmente el organismo necesita.-

Hormonales, que cada vez tiene más valor en el desarrollo de la obesidad.-

La obesidad es una amenaza creciente en la población, en niños como en adultos. Por si mismo no conduce a la muerte, pero existe mayor propensión de los mismos a adquirir enfermedades crónicas o de difícil recuperación tales como:

- Insuficiencias cardíacas
- Hipertensión arterial

Dr. JUAN LEANDRO PIN
Secretario Gral. Parlamentario
H. Concejo Municipal



H. CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



- Afecciones musculares-esqueléticas.
- Trastornos respiratorios.-
- Trastornos digestivos
- Accidentes cerebro-vasculares
- Diabetes tipo 2.-
- Cáncer de mamas
- Cáncer de próstatas.-
- Dislipemias.-
- Apnea del sueño.

Estudios realizados en EE.UU han demostrado que tanto en hombres como mujeres (entre 40y 50 años), la obesidad agrega a las personas un riesgo equivalente a 6 años más que su edad real.-

Es un fenómeno que caracteriza a las sociedades industrializadas, que sin embargo : paradójicamente, rinde culto a la extrema delgadez.-

El vínculo más importante en el comienzo de la relación entre la madre y el hijo se establece a través de la alimentación . En la fase simbólica, el niño, fusionando con su madre, siente la comida como parte de si mismo. Con la diferencia incipiente comienza a darse cuenta de que la comida le viene de afuera y distingue la figura de la madre.

Si la misma, o la persona encargada de la alimentación, una sobrecarga, puede provocar una hiperplasia del tejido en el organismo joven, modificación celular que no va a desaparecer. Otra de las consecuencias puede ser que se interfiera en el aprendizaje del reconocimiento de la saciedad al bloquear la percepción introspectiva de la plenitud del estómago, del que depende la regulación fisiológica del peso. Los pacientes que sufren de trastornos alimentarios, no saben "leer" las señales que el cuerpo les envía. No pueden descodificar las sensaciones de hambre .Este entender del propio cuerpo es un proceso que se aprende con la persona que cumple la función maternamente.

En general la comida ocupa un lugar muy importante en la vida de la familia del obeso. Todos "colaboran" en transmitir el "valor emocional" de la comida, que va adquiriendo cada vez más importante y puede transformarse en una actividad impulsiva de devorar, en una Adicción a la comida por su capacidad de proporcionar seguridad indispensable.

Fuera de la casa, en la niñez, son objeto de burlas y se sienten desprotegidos, su único consuelo es comer. Los rasgos característicos del obeso son: retraimiento, poca tolerancia a la frustración, sensación de impotencia, de desvalimiento, pasividad y falta de voluntad.

Desde los diferentes medios de comunicación, a pesar de la tendencia sugerida de la sana alimentación, se siguen ofertando en su gran mayoría alimentos que son de masivo consumo, pero que llevan a una mala nutrición

La obesidad es considerada la segunda causa de discriminación social.

Por lo expuesto la Comisión eleva para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Créase en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario el "Programa de Prevención de la Obesidad".

Art. 2º.- La Dirección de Educación para la salud de la Secretaría de Salud Pública tendrá a cargo la implementación del Programa creado en el artículo precedente.

Dr. JUAN LEANDRO PIN
Secretario Gral. Parlamentario
H. Concejo Municipal



H. CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



Art. 3º.- Los espacios físicos en donde se realizará este Programa Preventivo serán: Hospitales, Vecinales, Dispensarios, Organizaciones No Gubernamentales, Clubes y Centros de Salud.

Art. 4º De los objetivos del Programa:

- a) Objetivo general: Generar un espacio interdisciplinario para la prevención de la Obesidad, reconociendo a la misma en un marco de Salud-Enfermedad y no solamente de estética.
- b) Objetivos específicos:
 - 1) Mejorar la calidad de vida de las personas obesas, a través de campañas de concientización, las cuales brindarán toda la información necesaria para establecer pautas nutricionales adecuadas.

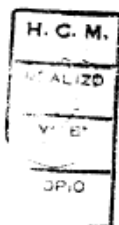
Art. 5º.- El abordaje de la problemática será grupal por medio de charlas, talleres, debates y actividades físicas que disminuyan el sedentarismo.

Art. 6º.- La autoridad de aplicación será la que llevará a cabo una campaña de difusión para fomentar la toma de conciencia de las consecuencias que acarrea la obesidad.-

Art. 7º.- La presente Ordenanza deberá ser implementada por el Departamento Ejecutivo en un plazo que no exceda los 60 (días) contados desde la fecha de sanción de la presente.

Art. 8º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de sesiones, 09 de marzo de 2000.-

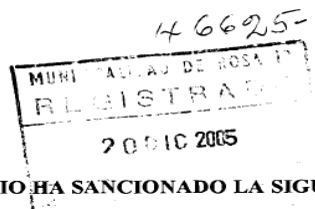


Dr. JUAN LEANDRO PIN
Secretario Gral. Parlamentario
H. CONCEJO MUNICIPAL de ROSARIO



PABLO ANDRÉS CRIBIOLI
PRESIDENTE
H. CONCEJO MUNICIPAL de ROSARIO

Ordenanza N° 7.936/2005- Programa de prevención de la obesidad.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 7.936)

Artículo 1°.- Modifícase el artículo 3° de la Ordenanza N° 6.919/00, el que quedará redactado de la siguiente forma: A partir de la vigencia de la presente Ordenanza, al menos un (1) efector dependiente de la Secretaría de Salud Pública, contará con un cuerpo interdisciplinario de profesionales para combatir la obesidad y el sobrepeso, compuesto por Médicos especialistas en Nutrición, Profesores de Educación Física, Psicólogos y Kinesiólogos”.

Art. 2°.- Modifícase el artículo 5° de la Ordenanza N° 6.919/00 el que quedará redactado de la siguiente manera:

“El abordaje de la problemática será grupal, por medio de charlas, talleres, debates y actividades físicas que disminuyan el sedentarismo, destinados al público en general, con entrada libre y gratuita y dictados por equipos interdisciplinarios especialistas en el tema”.

Art. 3°.- Sustitúyase el texto del artículo 6° por el siguiente:

“El programa de Prevención de la Obesidad, a través de la Dirección de Información Pública, realizará periódicamente campañas educativas en los medios masivos de comunicación sobre la conveniencia de una alimentación saludable por parte de la población, pudiendo utilizar para dicho fin, las tarjetas del transporte o las boletas de Tasa General de Inmuebles.

Art. 4°.- Sustitúyese el artículo 7° de la Ordenanza N° 6.919/00 el siguiente texto:

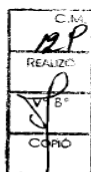
“El Hospital de Niños “Victor J. Vilela”, tendrá un área especializada en la temática abordada, donde sean derivados aquellos pacientes que ingresan por otras patologías, pero presenten síntomas de posible obesidad infantil”.

Art. 5°.- Agréguese como artículo 8° a la Ordenanza N° 6.919/00, el que expresará:

“En virtud de conmemorarse el 15 de Octubre como “Día de Lucha Contra el Sobrepeso y la Obesidad” en adhesión al Día Panamericano de Lucha contra la Obesidad, serán organizadas actividades al aire libre en diferentes espacios verdes de la ciudad, las que serán coordinadas por el Programa. En la oportunidad, además de llevarse a cabo actividades físicas, clases de cocina, juegos interactivos relacionados a la temática, se distribuirá folletería con la pirámide nutricional y otras informaciones que se consideren de importancia, donde los ciudadanos puedan atender gratuitamente su problema de sobrepeso u obesidad”.

Art. 6°.- Comuníquese a la Intendencia, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 7 de diciembre de 2005.-



DR. CLAUDIA AURANA ALONCI
Secretaría de Salud Pública
Concejo Municipal de Rosario



Dr. [Signature]
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 143.370-P-2005 C.M.-

2) Ley Provincial N° 12.196/2003- Programa provincial de prevención, asistencia y tratamiento de personas diabéticas.

REGISTRADA BAJO EL N°12196

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA SANCIONA CON FUERZA DE

LEY:

CAPITULO I: Adhesión a la Ley N° 23.753 y su reglamentación

ARTICULO 1: La Provincia de Santa Fe adhiere a la ley nacional N°. 23.753 referida a la enfermedad diabética y a su reglamentación aprobada por decreto N°. 1271/98, de conformidad a lo establecido en la presente ley.

CAPITULO II: Del paciente diabético y sus beneficios

ARTICULO 2: Los habitantes de la Provincia de Santa Fe que padezcan diabetes y que cumplan con los requisitos determinados en la presente ley, gozan de los siguientes beneficios:

- a) Provisión gratuita de insulina e hipoglucemiantes orales, según se trate de pacientes diabéticos insulino dependientes o no insulino dependientes;
- b) Provisión gratuita de material descartable para la administración de insulina;
- c) Provisión gratuita de tiras reactivas para control glucémico y glucosúrico, o práctica gratuita de los análisis bioquímicos que correspondan según se les prescriba;
- d) La provisión de otros medicamentos y demás elementos considerados indispensables para un tratamiento adecuado de la diabetes, según lo establezcan las normas técnicas aprobadas por la autoridad competente en el marco de la presente ley.

ARTICULO 3: Queda a cargo del Estado Provincial la provisión gratuita de todo lo necesario para el adecuado tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que cumplan con los siguientes requisitos, de conformidad con los alcances que determine la reglamentación:

- a) Tener residencia en la provincia de Santa Fe con dos (2) años de antigüedad.
- b) Ser diabético insulino dependiente o no insulino dependiente.
- c) No hallarse amparado por cobertura médico social alguna.
- d) No poseer ingresos o recursos propios de ninguna naturaleza que le permitan solventar los gastos de medicamentos y otros insumos necesarios para un tratamiento y control adecuado de su enfermedad.
- e) No existir legalmente obligados a prestarle asistencia, o en caso de tenerlos, que no la prestaren, por causa no imputable al solicitante del beneficio, o en condiciones de afrontar los gastos que les demande un adecuado tratamiento y control de la enfermedad.
- f) No gozar de similares beneficios en el orden nacional, municipal u otorgados por organismos privados.

ARTICULO 4: La solicitud de los beneficios previstos por la presente ley se debe realizar ante los establecimientos sanitarios provinciales correspondiente al domicilio real del peticionante.

Todas las actuaciones que se generan como consecuencia de dicha solicitud son de carácter gratuito.

ARTICULO 5: Toda solicitud da origen a una encuesta social, destinada a verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 3º de la presente ley, la que deberá reiterarse periódicamente entre los beneficiarios, dentro de los plazos que establezca la reglamentación.

ARTICULO 6: Los pacientes diabéticos beneficiarios deben someterse a los exámenes médicos y bioquímicos, periódicos y gratuitos, que establezca la reglamentación. La no concurrencia injustificada de los beneficiarios a realizarse los mismos será causal de cese de los beneficios establecidos en la presente ley.

ARTICULO 7: Créase un fondo de reserva para la compra de insulina en situaciones de emergencia.

ARTICULO 8: Las prestaciones médicas y farmacológicas correspondientes a la presente ley, serán incluidas en el Nomenclador de Prácticas Médicas y en el Nomenclador Farmacológico de la Obra Social de los Empleados Públicos de la Provincia -Instituto Autárquico Provincial de Obra Social-, quien las

incorporará a su cobertura en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones, sin el pago de coseguro.

ARTICULO 9: Las obras sociales, sistemas prepagos y cualquier otro sistema emergente en el futuro con semejantes fines, que existan en jurisdicción provincial, incluirán necesariamente en sus planes la provisión de los medicamentos y elementos de tratamiento del paciente diabético establecidos en el art. 2º de la presente ley.

CAPITULO III: De la capacidad laboral del diabético

ARTICULO 10º: La diabetes no será causal de impedimento para el ingreso laboral, tanto en el ámbito público provincial, municipal y comunal como en el ámbito privado.

CAPITULO IV: Del Programa

ARTICULO 11: Créase el Programa Provincial de Prevención, Asistencia y Tratamiento de Personas Diabéticas, cuyo objetivo general es mejorar la salud y calidad de vida de las personas diabéticas, a través de la elaboración de políticas de salud preventivas y de control que eviten o disminuyan las complicaciones generadas por esta patología.

ARTICULO 12: El Programa reconoce como aspectos esenciales del mismo a los siguientes:

- a) Educación diabetológica en todos los niveles: personal - familiar, comunitaria y profesional;
- b) Prevención clínica de las personas con diabetes;
- c) Acceso de los pacientes diabéticos a tratamientos terapéuticos adecuados y, en el caso de ser procedente, a los beneficios establecidos por la presente ley.

ARTICULO 13: El programa comprende los siguientes objetivos específicos:

- a) Desarrollar planes de educación comunitaria, destinados prioritariamente a personas con factores de riesgos y cargas genéticas

hereditarias.

b) Proporcionar los instrumentos educativos necesarios para el conocimiento de la patología por parte del paciente y sus familiares; tendientes a lograr el autocuidado de la salud, el control de su enfermedad y sus posibles complicaciones.

c) Implementar un sistema de capacitación, perfeccionamiento y actualización dirigido a los integrantes de los equipos de salud.

d) Prevenir el desarrollo y las complicaciones de la "diabetes mellitus", organizando actividades sistemáticas y periódicas que limiten, mediante la prevención, la aparición de complicaciones agudas y crónicas; logrando de esa forma disminuir la morbi-mortalidad y por ende el costo de la enfermedad para el enfermo y el Estado;

e) Asegurar el tratamiento y seguimiento de los casos detectados de "diabetes mellitus".

f) Fomentar y favorecer actividades de investigación científica inherentes a la prevención y control de la "diabetes mellitus".

g) Promover los cambios necesarios dentro de la estructura y procedimiento del sistema de atención primaria, en función de incrementar el nivel de eficiencia y eficacia de la gestión pública, para que el paciente diabético obtenga una adecuada y eficiente atención médica.

h) Impulsar e implementar acuerdos, convenios y planes con organismos públicos, no gubernamentales y privados, de nuestro país y del exterior, que favorezcan emprendimientos y actividades que tengan por beneficiarios a los pacientes diabéticos. En especial, brindar apoyo a entidades sin fines de lucro, con personería jurídica y meritoria trayectoria en la provincia, dedicadas a la ayuda del diabético, previa aprobación de los planes respectivos de trabajo.

i) Promover la participación de los distintos sectores sociales involucrados en la asistencia del diabético, coordinando un sistema interdisciplinario y multisectorial que actúe en todos los niveles de gestión del Programa, buscando el óptimo funcionamiento del mismo.

ARTICULO 14: Créase el Servicio Provincial de Nutrición y Diabetes, el que funcionará en los establecimientos sanitarios que establezca la reglamentación, afectando a tal fin los recursos humanos y físicos existentes al momento de sanción de la ley.

ARTICULO 15: El Servicio Provincial de Nutrición y Diabetes tiene las siguientes funciones:

- a) Coordinar las actividades científicas de todos los profesionales de la

provincia abocados a la prevención, tratamiento y asistencia de las personas diabéticas, instrumentando protocolos de tratamiento.

b) Colaborar con el Programa en lo que respecta a la implementación, ejecución y evaluación de las distintas acciones y planes de salud que se lleven adelante como consecuencia del mismo.

c) Implementar el Registro Provincial del Diabético, en el cual constarán todos los pacientes diabéticos del sistema de salud pública y privada; clasificándolos de acuerdo al tipo de diabetes que padezcan, incluyéndose en el mismo todos aquellos datos que resulten de interés para evaluar el estado de salud de los pacientes, el acceso a las prestaciones mínimas normatizadas y la planificación de acciones preventivas.

ARTICULO 16: El Servicio Provincial de Nutrición y Diabetes, a través del Registro Provincial del Diabético, otorgará al paciente diabético que haya cumplido con los requisitos exigidos en la presente ley, una credencial del diabético que acreditará su condición de diabético y beneficiario de la presente ley; siendo la misma de presentación obligatoria para el acceso a cualquiera de los beneficios, salvo casos excepcionales debidamente justificados.

ARTICULO 17: Créase el Consejo Diabetológico Provincial, el cual tiene las siguientes funciones:

a) Asesorar al Programa en todo lo relacionado a la variada problemática del diabético, a su implementación, y en el control del cumplimiento del mismo, tanto en el ámbito privado como estatal.

b) Intervenir de oficio o a pedido de parte, de acuerdo al procedimiento que establezca la reglamentación, cuando tomare conocimiento de acciones discriminatorias a personas diabéticas en cualquier actividad humana.

c) Organizar y apoyar actividades educativas a través de congresos, seminarios, cursos, talleres, jornadas y toda actividad dirigida a la promoción de la salud en la comunidad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del diabético.

d) Promover y orientar la investigación, y difundir los avances técnicos terapéuticos y la actualización bibliográfica.

e) Favorecer un proceso dinámico y continuo de intercambio de información y experiencias en todas las materias vinculadas a la diabetes, gestionando la cooperación y aportes provenientes de organismos y programas de origen provincial, nacional e internacionales.

f) Evaluar la exactitud científica de toda información o publicación

difundida por los medios de comunicación social; adoptando las medidas adecuadas para su corrección o eliminación, teniendo en cuenta la protección del diabético y de la sociedad toda.

g) Colaborar con el Programa en lo que respecta a la evaluación y monitoreo periódico del mismo.

h) Desarrollar toda actividad que considere necesaria para la prevención, diagnóstico, rehabilitación y tratamiento de la diabetes.

ARTICULO 18: El Consejo Diabetológico Provincial está integrado por un Presidente y seis vocales, designados por el Poder Ejecutivo.

Los vocales a designar tendrán la siguiente representación:

1. Tres (3) miembros, especialistas en la materia, propuestos por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente,

2. Un (1) miembro en representación de las entidades privadas de ayuda al diabético con personería jurídica, propuesto por la Federación Argentina de Diabetes.

3. Un (1) miembro, con meritoria trayectoria en la provincia; en representación y propuesto por la Sociedad Argentina de Diabetes con competencia en el Capítulo del Litoral;

4. Un (1) miembro, enfermo diabético, perteneciente a una asociación de ayuda de diabéticos con personería jurídica, propuesto por la Federación Argentina de Diabetes.

ARTICULO 19: La duración del mandato de los miembros del Consejo Diabetológico Provincial es de dos (2) años, renovables por única vez en forma consecutiva, debiendo transcurrir el intervalo de un período para ocupar nuevamente dichas funciones. Los representantes privados podrán ser removidos de sus funciones por decisión y a pedido de las entidades que los postulan, produciéndose su cese simultáneamente con la designación de su reemplazante.

Las funciones de los miembros son desempeñadas "ad honorem".

CAPITULO V: Recursos

ARTICULO 20: Los gastos que demande la aplicación de la presente ley serán atendidos con los siguientes recursos:

a) Con lo determinado anualmente en la ley de presupuesto;

- b) Con los recursos que se destinaen por leyes especiales;
- c) Con los de origen nacional, provenientes de la Ley N° 23.753 y disposiciones complementarias;
- d) Con las donaciones o legados que se realicen para ser afectados a la aplicación de la presente ley.

CAPITULO VI: Autoridad de Aplicación

ARTICULO 21: Se establece como autoridad de aplicación de la presente ley al Ministerio de Salud y Medio Ambiente, el que tendrá a su cargo:

- a) Implementar la presente ley en vista a su efectivo cumplimiento, teniendo en cuenta los servicios, planes y acciones existentes al momento de sanción de la ley, a efectos de no superponer los mismos y lograr la máxima eficacia y eficiencia.
- b) Coordinar su accionar con el de las autoridades sanitarias nacionales, a los efectos del mejor cumplimiento de la legislación nacional y provincial.
- c) Afectar el personal bajo su dependencia, gestionar la adscripción de personal de otras áreas de gobierno para atender las funciones emergentes de la presente ley.
- d) Promover el acceso a un trabajo digno, acorde con su estado de salud, de los pacientes diabéticos.
- e) Presupuestar los gastos que demande la implementación y propiciar las modificaciones presupuestarias que eventualmente resulten necesarias.

CAPITULO VII: Disposiciones Complementarias

ARTICULO 22: Derógase la Ley Provincial N°. 10.678.

ARTICULO 23: El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en el término de ciento veinte (120) días a partir de su promulgación.

ARTICULO 24: Los pacientes diabéticos que estén percibiendo beneficios de la Ley Provincial N° 10.678, continuarán gozando de ellos.

ARTICULO 25: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DE LA
LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS TRECE DÍAS DEL
MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL TRES.-

Firmado: Alberto Nazareno Hammerly - Presidente Cámara de Diputados
Norberto Betique - Presidente Provisional Cámara de Senadores
Avelino Lago - Secretario Parlamentario Cámara de Diputados
Ricardo Paulicheco - Secretario Legislativo Cámara de Senadores

SANTA FE, 15 de diciembre de 2003
De conformidad a lo prescripto en el Artículo 57 de la
Constitución Provincial, téngasela como ley del Estado, insértese en el
Registro General de Leyes con el sello oficial y publíquese en el Boletín Oficial.
Firmado: Jorge Alberto Obeid - Gobernador de Santa Fe

3) Ley Provincial N° 12.605/2006- Programa de control del tabaquismo.

REGISTRADA BAJO EL N° 12605

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

CON FUERZA DE

LEY:

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1.- La presente ley, complementaria de la Ley 12432, tiene como objeto:

- Garantizar la participación de la ciudadanía en el control para la aplicación de las normas, dado el incuestionable carácter de bien común de los objetivos propuestos y en concordancia con la política de participación comunitaria que impulsa el Plan Federal de Salud, al que la Provincia ha adherido.
- Establecer sanciones a los infractores de la ley.

DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y DEL CONTROL COMUNITARIO

ARTICULO 2.- A los efectos de la aplicación de la presente, la Ley 12.432, el Ministerio de Salud de la Provincia se encuentra habilitado para celebrar y formalizar convenios con organizaciones no gubernamentales que deseen colaborar como complemento, mediante control ciudadano directo, con el fin de verificar que no se infrinjan las restricciones previstas en la normativa aplicable; como asimismo, con Municipalidades y Comunas.

DE LA MODALIDAD DE CONTROL

ARTICULO 3.- El cumplimiento de las obligaciones previstas en la presente, se realizará mediante la aplicación de la siguiente modalidad de control :

- a) El particular que concurra a un lugar donde eventualmente se acredite incumplimiento de la Ley N° 12.432, puede solicitar al responsable del establecimiento, el cese de tal actitud y, en caso de persistir el comportamiento, el retiro del infractor. El responsable del establecimiento tiene facultades de ordenar a quién no observara las prohibiciones, el cese de su conducta y en caso de persistir en ese comportamiento, el desalojo del infractor, pudiendo requerir el auxilio de la fuerza pública si fuere menester. En todos los casos los responsables de los establecimientos exhibirán letreros consignando la prohibición de fumar y procederán al retiro de todos los ceniceros.
- b) La persona que obstaculizara o impidiera el ejercicio regular de las funciones del inspector y/o los controladores comunitarios; los indujera a error mediante encubrimiento o afirmaciones falsas; se negare a proporcionarles cualquier información o documento a los cuales le da derecho esta ley o destruyere tal información o documento, será pasible de la sanción prevista en el artículo 131 del Código de Faltas de la Provincia de Santa Fe -Ley 10.703-.
- c) En los organismos públicos provinciales, municipales y/o comunales, el control estará a cargo de la autoridad de cada sección, oficina o dependencia.

DE LAS SANCIONES

ARTICULO 4.- Sin perjuicio de las penalidades contempladas en el artículo 131 del Código de Faltas de la Provincia de Santa Fe -Ley N° 10.703-, para el que fumare en lugares donde estuviere prohibido; los responsables del establecimiento serán pasibles de las siguientes sanciones:

- a) En la primera oportunidad, se aplicará la pena establecida en el artículo 131 del Código de Faltas de la Provincia, pudiendo el Juez perdonar la falta.
- b) En el caso de producirse una segunda falta, se le aplicará una multa no inferior a tres (3) jus ni superior a siete (7) jus.
- c) Por las subsiguientes faltas, la multa a aplicar será no inferior a siete (7) jus ni superior a treinta (30) jus.

Si en el momento de la contravención hubiera en el lugar menores de 18 años de edad o mujeres embarazadas, dichas multas se duplicarán.

La autoridad competente verificará si el responsable del establecimiento ha tomado los recaudos previstos y, en su caso, requerido el auxilio de la fuerza pública, en cuyo supuesto no se instruirá causa.

d) A quienes infrinjan las demás prohibiciones y limitaciones contempladas en la Ley 12.432, se le aplicarán multas de diez (10) a cincuenta (50) jus, conforme lo establezca la reglamentación.

e) Los responsables en la Provincia de Santa Fe de la empresa tabacalera que infringere las normas de restricción publicitaria vigentes, estarán sujetos a la aplicación de una multa de hasta quinientos (500) jus por la primera falta y desde hasta dos mil (2000) jus por las subsiguientes.

ARTICULO 5.- En todos los casos de reiteración de las faltas violatorias a la Ley del Tabaco y su cuerpo reglamentario, el Juez, atento a la gravedad del hecho, aplicará una sanción adicional que podrá llegar a la clausura del establecimiento por un plazo de hasta diez (10) días en la primera ocasión, hasta veinte (20) días en la segunda y de hasta treinta (30) días corridos en las subsiguientes.-

ARTICULO 6.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.-

DADA EN LA SALA DE SESIONES DE LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS VEINTICUATRO DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL SEIS.

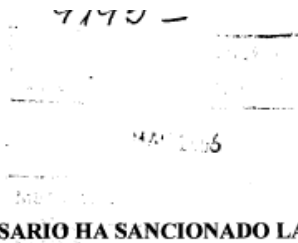
Firmado: Edmundo Carlos Barrera - Presidente Cámara de Diputados
Norberto Betique - Presidente Provisional Cámara de Senadores
Diego A. Giuliano - Secretario Parlamentario Cámara de Diputados
Ricardo Paulichenco - Secretario Legislativo Cámara de Senadores

SANTA FE, 21 09 2006

De conformidad a lo prescripto en el Artículo 57 de la Constitución Provincial, téngasela como ley del Estado, insértese en el Registro General de Leyes con el sello oficial y publíquese en el Boletín Oficial.

Firmado: Jorge Alberto Obeid - Gobernador de Santa Fe

Ordenanza N° 7.970/2006- Adhesión del Municipio a la Ley Provincial No 12.432/05 la que crea el Programa de Control de Tabaquismo.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA

(N° 7.970)

Artículo 1°.- Dispónese la adhesión del Municipio a la Ley Provincial N° 12.432/05 la que crea el Programa de Control de Tabaquismo.

Art. 2°.- Encomiéndase al Departamento Ejecutivo, gestione ante empresas prestatarias de telefonía, la provisión de una línea de teléfono gratuita, a fin de recibir denuncias sobre sitios donde se infrinja la Ley.

Art. 3°.- El Departamento Ejecutivo continuará con los cursos de abandono del hábito de fumar que actualmente se dictan, haciéndolos extensivos a todos los Distritos.

Art. 4°.- Encomiéndase el Departamento Ejecutivo que disponga la inclusión de publicidad antitabaco en las tarjetas magnéticas utilizadas en el Transporte Urbano de Pasajeros.

Art. 5°.- El Departamento Ejecutivo elaborará un anteproyecto de Ordenanza que contemple la instrumentación de la Ley Provincial 12.432, que deberá ser enviado al Concejo Municipal para su aprobación convocando a tal fin al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Art. 6°.- Deróganse las Ordenanzas Nros. 6073; 6631; 6266 y cualquier disposición que se oponga a lo dispuesto en la Ley Provincial N° 12.432/05, a partir de la puesta en vigencia de la misma.

Art. 7°.- Comuníquese a la Intendencia, publíquese y agréguese al D.M.-

Sala de Sesiones, 16 de marzo de 2006.-

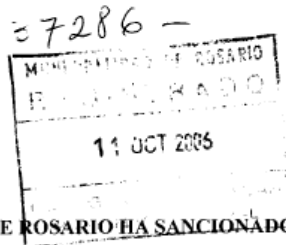


Claudia Adriana Alongi
Dña. CLAUDIA ADRIANA ALONGI
Secretaria Gral. Parlamentaria
Concejo Municipal de Rosario



Miguel Zamarini
Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

4) Ordenanza N° 8048/2006. Campaña publicitaria contra el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA
(N° 8.048)

Concejo Municipal:

Vuestras Comisiones de Gobierno y Cultura y de Salud y Acción Social han tomado en consideración el proyecto de Ordenanza de los concejales Boasso y Comi mediante el cual encomienda al Departamento Ejecutivo el diseño y puesta en marcha de una campaña publicitaria permanente contra el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción.

Los autores del proyecto han expresado los siguientes fundamentos: "Visto: El proyecto de ley presentado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, bajo el número de expediente 1600/D/04. Y considerando: Que Alcoholismo, tabaquismo y drogadicción son temas que preocupan a la sociedad, y como reflejo de ello la escuela demuestra una preocupación creciente por estos fenómenos que afectan cada vez más a los adolescentes, configurando un problema de alta incidencia social. Que en vez de pensar solo en leyes que penalicen este flagelo, lo mejor es prevenir y ocuparse y preocuparse por ello. Que es importante, que los mismos adolescentes se vean involucrados y comprometidos con los temas de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, dándoles herramientas para que los aborden en forma creativa y como un espacio de participación. Que a través de ellos y con ellos, se generen campañas de prevención. Que sería importante, extender la campaña fuera del ámbito escolar a lugares públicos y privados de gran afluencia de público con el fin de confrontar con la publicidad a favor. Que es importante involucrar a los adolescentes en su propia prevención, constituyéndose en un agente de cambio. Que este tipo de campaña debe ser permanente y repetirse por lo menos cada dos años y ser generada y trabajada por los mismos individuos que se intenta proteger. Que la confección de un afiche además de la creatividad en el diseño, los hace pensar en consecuencias, participación y prevención en estos temas".

Las Comisiones han creído conveniente producir despacho favorable y en consecuencia proponen para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1°.- Encomiéndose al Departamento Ejecutivo el diseño y puesta en marcha de una campaña publicitaria permanente contra el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción, en la cual se utilizarán los afiches ganadores de las distintas instancias del concurso que por la presente se organiza, sin perjuicio de otros que el Departamento Ejecutivo mandare confeccionar. Los afiches ganadores de cada instancia del concurso reemplazarán a los de la anterior.

En los afiches ganadores a utilizarse se hará constar el nombre del establecimiento educativo al que pertenecen sus autores.

Art. 2°.- La campaña publicitaria tendrá lugar en la vía pública, en los establecimientos educativos de todos los niveles oficiales y privados, y en todo otro lugar que el Departamento Ejecutivo determine.

Art. 3°.- Convócase a todos los alumnos de hasta 21 años de edad, que se encuentren cursando el Polimodal en establecimientos educativos oficiales y privados de la ciudad de Rosario, a participar en el concurso bienal que por la presente se organiza.

Art. 4°.- Los alumnos convocados podrán participar individualmente o en equipos de hasta tres integrantes pertenecientes a la misma institución, diseñando un afiche que se exprese contra el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción.

Es condición para participar, manifestar ser los únicos autores del afiche y ceder por escrito a la Municipalidad de Rosario todos los derechos intelectuales sobre el mismo en el momento de presentarlo al concurso. Tratándose de equipos de dos o tres participantes, la manifesta-

Dra. CLAUDIA ARIANA ALONGI
Secretaria Gral. Parlamentaria
Concejo Municipal de Rosario



ción de autoría y la cesión de derechos deben ser efectuadas por todos ellos. Los menores de edad no emancipados actuarán a través de sus representantes legales.

Art. 5°.- Cada afiche deberá cumplir estos requisitos:

- a) abarcará los tres tipos de adicción del artículo anterior, expresándose en contra de ellas;
- b) apelará al impacto emocional y/o al racional, con énfasis en las consecuencias de la adicción para el individuo y/o para su entorno afectivo y/o para la sociedad en su conjunto;
- c) incluirá un eslogan;
- d) su formato será 50 x 30 cm, sin limitación de colorido.

Se deberá adjuntar al afiche una explicación del mismo y/o del proceso creativo que lo tuvo por resultado, y los datos del establecimiento educativo al que concurre el autor.

Art. 6°.- Comenzando en 2006, cada dos años se abrirá una instancia del concurso en la fecha oficial de inicio del ciclo lectivo. La autoridad de aplicación notificará la apertura del concurso a todas las instituciones educativas con alumnos en condiciones de participar, dentro de los quince días corridos desde esa fecha, mediante la entrega de una cantidad de afiches informativos para ser exhibidos dentro de cada institución.

Art. 7°.- Los afiches participantes se recibirán con los recaudos formales reglamentarios durante noventa días corridos contados desde la fecha oficial de inicio del ciclo lectivo.

Art. 8°.- El jurado calificador estará compuesto por dos representantes del campo de la salud, dos del campo de la publicidad, dos del campo de la educación, un Concejal y el Secretario de Salud Pública de la Municipalidad, designados por el Departamento Ejecutivo, quienes desempeñarán el cargo ad honorem. Su fallo será inapelable, recaerá dentro de los noventa días corridos de cerrada la recepción de afiches, y los nombres de los ganadores serán difundidos por los medios masivos de comunicación.

Art. 9°.- El/los ganadores recibirán un primer premio de 3 (tres) computadoras para su escuela, segundo premio 2 (dos) computadoras, y un tercer premio 1 (una) computadora y/o en todos los casos el valor de las mismas en pesos para solventar los gastos de una necesidad imperante del establecimiento.

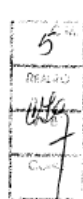
Art. 10°.- Solicitase a los quioscos, maxiquioscos, y establecimientos que expendan cigarrillos y/o bebidas alcohólicas en envase cerrado en origen para consumo fuera del local, situados en Rosario, la exhibición en un lugar de máxima visibilidad del establecimiento, excluyendo la marquesina, del último afiche ganador del primer premio.

Art. 11°.- En la vía pública y dentro de las instalaciones de los establecimientos educativos tanto oficiales como privados, se exhibirán los tres afiches ganadores.

Art. 12°.- En todos los casos los afiches serán impresos y distribuidos por la Municipalidad de Rosario.

Art. 13°.- La Municipalidad podrá celebrar convenios con personas, organizaciones e instituciones privadas a fin de sponsorrear el concurso de afiches mencionado y la campaña publicitaria.

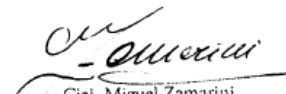
Art. 14°.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.



Sala de Sesiones, 5 de octubre de 2006.

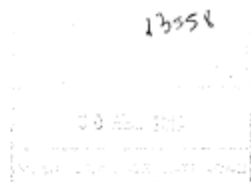
Dra. CLAUDIA ADRIANA ALONGI
Secretaria General Parlamentaria
Concejo Municipal de Rosario




Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 151017-P-2006 CM.-

Decreto N° 33.376/2010- Cumplimiento a la ordenanza N° 8048/2006 que establece el diseño y cumplimiento de la Campaña publicitaria contra el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO EL SIGUIENTE

**DECRETO
(N° 33.376)**

Concejo Municipal:

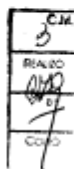
Vuestras Comisiones de Gobierno y Cultura y Salud y Acción Social han tomado en consideración el proyecto de Decreto del concejal Jorge Boasso, mediante el cual solicita se dé cumplimiento a la Ordenanza 8048 que establece el diseño y puesta en marcha de una campaña publicitaria permanente contra el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción. Fundamenta que: "Visto: La Ordenanza 8.048 aprobada el 5 de octubre del 2006 por la cual se pone en marcha una campaña publicitaria permanente contra el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, en la cual se utilizarán los afiches ganadores de las distintas instancias del concurso. Y considerando: Que para el concurso se deben convocar a todos los alumnos de hasta 21 años que se encuentren cursando el polimodal en establecimientos oficiales y privados y en todo otro lugar que el Departamento Ejecutivo determine. Que el concurso debe realizarse en forma bienal, comenzando en el 2006. Por lo tanto es el 2010 una buena oportunidad para realizarlo. Que el incremento de alcohol y sustancias nocivas se ha incrementado notablemente en los últimos años. Que debemos velar por nuestra juventud e involucrarlos personalmente en la prevención de todo tipo de adicción. Que somos testigos de hechos de violencia y desmanes ocasionados por menores y jóvenes alcoholizados cada fin de semana. Que sería un buen incentivo hacerlos trabajar en estos temas y desarrollar su creatividad para detener este flagelo que acosa a los niños y jóvenes rosarinos. Que al tener premio el concurso (computadoras para los establecimientos a los que pertenecen) considero sería un buen motor para su participación así como la exposición pública de los afiches ganadores. Que se debería comenzar a implementar para que al comienzo del ciclo lectivo, los alumnos comiencen a trabajar estos temas."

Por todo lo expuesto la Comisión eleva para su aprobación el siguiente proyecto de:

DECRETO

Artículo 1.- Dése cumplimiento a la Ordenanza 8.048 que establece el diseño y puesta en marcha de una campaña publicitaria permanente contra el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción, en las cuales se utilizarán los afiches ganadores de las distintas instancias del concurso que por la presente se organiza, sin perjuicio de otros que el Departamento Ejecutivo mandara a confeccionar.

Art. 2.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M. Sala de sesiones, 22 de Abril de 2010.-



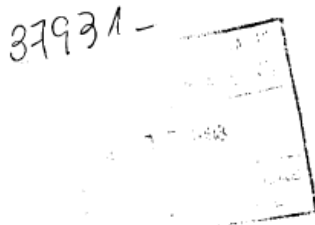
[Firma]
Dra. Sonia María González
Secretaria del Poder Judicial
Concejo Municipal de Rosario



[Firma]
Csl. Miguel Zamarrón
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 175.879-P-2010-C.M.

5) Ordenanza N° 8.322/2008 - Mes de concientización del cáncer de mama.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 8.322)

Concejo Municipal

La Comisión de Salud y Acción Social ha tomado en consideración el proyecto presentado por los Concejales Pablo Colono, Miguel Zamarini, Carlos Comi, Arturo Gandolla, Osvaldo Miatello, Luisa Donni, Mariana Alonso, Orlando Debiassi, Edgardo Falcón, Aldo Gómez y Juan Rivero y la nota presentada por la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer que expresan:

Visto: La nota presentada por la "Campaña por la conciencia del cáncer de mama" de Estée Lauder Companies y la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer quienes solicitan se declare en nuestra ciudad el mes de octubre como "Mes de Concientización del Cáncer de Mama".

El "Programa de Salud Integral de la Mujer", de la Secretaría de Salud Municipal.

El "Área de la Mujer", dependiente de la Secretaría de Promoción Social Municipal, y

Considerando: Que desde 1992 Estée Lauder Companies, junto a numerosas empresas realizan la "Campaña por la Conciencia del Cáncer de Mama" en más de 50 países, con el propósito de que la población en general y las mujeres en particular tomen conciencia de la importancia de la detección temprana de la enfermedad, siendo objetivos de esta campaña también apoyar la investigación y fundamentalmente vencer a este tipo de cáncer que afecta a miles de mujeres en todo el mundo.

LALCEC Rosario, desde hace 49 años, atiende a la comunidad en sus consultorios de detección precoz del cáncer ginecológico, colo-rectoanal, de próstata, de piel. Brinda también subsidios para la entrega de citostáticos y estudios específicos. Cuenta con apoyo y rehabilitación para operados de laringe y de mama, además de su reconocido consultorio psico-oncológico.

Durante este mes en especial, se difundirán charlas y talleres para dar a conocer las medidas preventivas, haciendo hincapié en los estudios ginecológicos.

Que según la Sociedad de Mastología de Argentina: "cada dos minutos se diagnostica un cáncer de mama en el mundo; una mujer de cada 8 que alcance la edad de 85 años habrá desarrollado un cáncer de mama en curso de su vida; el 70 % de los cánceres de mama son detectados por autoexamen; no todos los cánceres se detectan por palpación, por lo que recomendamos mamografías en forma regular y autoexamen mensual;...;cuando un cáncer de mama es detectado tempranamente, la sobrevida a 5 años es de 96%..."(sitio Web Sociedad de Mastología de Argentina).

Que, respecto a lo antes mencionado las organizaciones que trabajan la problemática del cáncer, en sus distintas formas, coinciden en destacar que si bien la prevención en salud es fundamental, con relación al cáncer de mama (como en otros casos) lo es también la detección temprana; y en tal sentido, establecer el mes de octubre como "Mes de Concientización Sobre el Cáncer de Mama" aportará a la toma de conciencia y difusión de ésta enfermedad.

Que la Municipalidad de Rosario tiene como uno de sus ejes prioritarios en las políticas de promoción de la salud la temática de la salud de la mujer, teniendo entre los objetivos del Programa Salud Integral de la Mujer la detección precoz del cáncer de mama; en tanto que el Área de la Mujer promueve acciones, desde la perspectiva de género, para la difusión, promoción



CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO

Dirección General de Despacho

y defensa de los derechos humanos de las mujeres entre ellos la especial atención de la salud; ambas áreas deben ser las encargadas de diseñar las estrategias posibles para la mayor difusión y toma de conciencia del cáncer de mama.

Por lo expuesto esta comisión aconseja para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

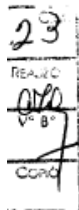
Artículo 1º.- Queda establecido en la Ciudad de Rosario el mes de octubre de cada año como "Mes de Concientización del Cáncer de Mama".

Art. 2º.- El objetivo de la presente Ordenanza es ofrecer información, con perspectiva de género a la población en general y a las mujeres en particular acerca del cáncer de mama, su prevención y detección temprana, aportando a una mejor calidad de vida para todos y todas.

Art. 3º.- El Departamento Ejecutivo a través del Área de la Mujer, dependiente de la Secretaría de Promoción Social y el Programa de Salud Integral de la Mujer, dependiente de la Secretaría de Salud, diseñará e instrumentará las acciones posibles a fin de dar cumplimiento al objetivo de la presente.

Art. 4º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.-

Sala de Sesiones, 16 de octubre de 2008.-

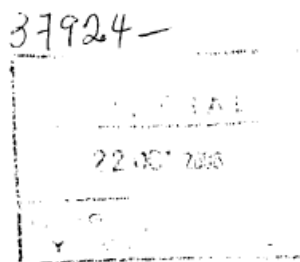


Raúl Fernández
Secretario General Administrativo
Concejo Municipal de Rosario



Cjal. Miguel Zamarrini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

6) Ordenanza N° 8.319/2008- Plan de Acción de Salud Renal (PAIS-R).



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 8.319)

Concejo Municipal

La Comisión de Salud y Acción Social ha tomado en consideración el proyecto presentado por los Concejales Arturo Gandolla y Osvaldo Miatello, que expresa:

Visto: Que la IRC (Insuficiencia Renal Crónica) se ha constituido en un problema epidemiológico de dimensiones considerables, tanto que la OPS la ha declarado un tema de Salud Pública Mundial, (obligando a los Estados a tomar parte en su resolución y que el Ministerio de Salud de la Nación ha adherido en su Programa Federal de Salud a través de resoluciones de Salud Renal, y

Considerando: Que es una obligación del Estado en general y del Estado municipal en particular atender al mejoramiento de la calidad de vida de sus ciudadanos.

Que la insuficiencia renal crónica (IRC), junto con la diabetes y la obesidad, ha sido catalogada como epidemia mundial por su alto impacto sanitario, social y económico, siendo considerada como un problema de Salud Pública.

Que 1.492.000 personas se encuentran en diálisis en todo el mundo, cifra que se estima preparará a 2.095.000 en 2.010.

Que la IRC, junto a la insuficiencia cardiovascular, íntimamente ligadas, son las causantes del 60% de los fallecimientos en el mundo. La IRC es la causante; muchas veces sin que se descubra este padecimiento, de enfermedades cardiovasculares que pueden llevar a la muerte prematura. Existe una expresión metafórica, que enfatiza esta asociación: "El riñón es el centinela del corazón".

Que en la Argentina son 25.000 aprox. las personas actualmente en diálisis. Según los registros de INCUCAI en la provincia de Santa Fe 1.545 pacientes en diálisis están inscriptos en lista de espera de un trasplante, 560 pertenecen a la ciudad de Rosario.

Que cada año más de 1.000 argentinos deben ingresar en diálisis, sin haber podido verse beneficiados de los tratamientos que hoy permiten revertir o detener la evolución de la enfermedad renal crónica. En los últimos años se ha producido un gran incremento de pacientes con enfermedades renales que necesitan ser tratados por medio de diálisis o mediante trasplante.

Que la IRC es una enfermedad que permanece silenciosa y sin síntomas durante varios años, sin que la persona se aperciba de que necesita un tratamiento a menos que se lo detecte por estudios específicos. Se considera que en nuestro país más de 200.000 personas con deficiencias renales reversibles que requerirán tratamientos de alto costo si no se lo detecta a tiempo.

Que las enfermedades renales pueden prevenirse cuando se establece un programa de detección precoz, incluyendo identificación, clasificación por estudios y seguimiento sistematizado de la patología.

Que el costo nacional de tratamiento de la IRC es de U\$A 24 millones anuales.

Que la mayoría de los pacientes se encuentra en la edad media de la vida, entre los 30 y los 50 años de edad, teniendo un impacto importante en el sector poblacional productivo.

Que es posible y necesario desarrollar acciones de identificación de factores de riesgo en la población beneficiaria de la Red de Salud Municipal de Rosario para desarrollar estrategias de promoción de la salud renal y prevención de las enfermedades.



CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



Que es sencilla y de bajo costo la detección precoz de la insuficiencia renal.
Que ahorraría costos en la Red de Salud Municipal y aumentaría en términos de eficiencia la atención de las personas al desarrollar una política activa y específica en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Que el Plan Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación ha establecido que la promoción de la salud y la prevención de las dolencias constituyen estrategias de acción que suelen tener alto impacto sanitario y beneficios económicos en el mediano y largo plazo.

Que la Representación en Argentina de la Organización Panamericana de la Salud ha otorgado el financiamiento para el apoyo técnico y el asesoramiento especializado mediante la formalización de una consultoría acreditada contratada a tal efecto para el desarrollo de Programa de Salud Renal.

Que en atención a lo dicho, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades representan aspectos impostergables de la acción de gobierno para el beneficio presente y futuro de nuestro pueblo.

Por lo expuesto esta comisión aconseja para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Créase en el ámbito de la Municipalidad de Rosario el Plan de Acción Integral de Salud Renal.

Art. 2º.- Los objetivos generales del Plan serán:

- a) Generar los dispositivos necesarios para implementar la detección precoz de la IRC, Insuficiencia Renal Crónica, (por ejemplo estudios clínicos, estudio hipertensión, screening, laboratorio, específico, etc.) y para la posterior respuesta en la atención y adherencia a los tratamientos.
- b) Instruir al personal de los efectores de salud municipal a fin de que promuevan la realización de la detección precoz de la IRC.
- c) Garantizar en los efectores de salud municipal en coordinación con los organismos de Salud Provincial competentes, la respuesta efectiva a partir de la detección precoz.

Art. 3º.- El plan comprenderá el desarrollo de estrategias comunicacionales masivas a fin de informar a la población de la existencia del plan y de sus beneficios y oportunidades preventivas.

Art. 4º.- A través del Plan se favorecerán acuerdos con organizaciones que tienen desarrollo e injerencia en el tema (OPS, Ministerio de Salud de la Nación, Asociaciones Científicas, Ministerio de Educación, etc.) a fin de desarrollar trabajos conjuntos y facilitar el proceso de implementación y ejecución del Plan y la evaluación de los resultados de su puesta en marcha.

Art. 5º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.-

Sala de Sesiones, 16 de octubre de 2008.-



Raúl Fernández
Secretario General Administrativo
Concejo Municipal de Rosario



Miguel Zamarini
Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 165.443-P-2008 C.M.-

7) Ordenanza N° 8.341/2008- Proyecto “Nuestras huertas” Una salida a las drogas.



42663



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA

(N° 8.341)

Concejo Municipal:

Las Comisiones de Salud y Acción Social y de Producción y Promoción del Empleo han tomado en consideración el proyecto presentado por los Concejales Aldo Gomez, Manuel Sciutto y Mariana Alonso, que expresa:

Se eleva el proyecto sobre Huertas y Adicciones, que tiene como antecedentes la Ordenanza Nro. 4713 del Concejo Municipal por la que se encomienda al D.E. la elaboración y puesta en funcionamiento del Programa Municipal de Huertas Comunitarias, a cargo de la Secretaría de Promoción Social. A su vez la Ordenanza Nro. 7341 del Concejo Municipal crea el “Programa Municipal de Asistencia y Desarrollo de la Agricultura Orgánica”, dependiente en su implementación de la Secretaría de Promoción Social a través de su Programa de Agricultura Urbana. El Decreto 2561 sancionado el 27 de septiembre del 2004 regula las ordenanzas mencionadas.

Desde la óptica de la salud, la Ordenanza Nro. 6536 (en especial su artículo 6) del Concejo Municipal crea el Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones, en el cual se establece entre otras cosas, que “las actividades del Programa estarán orientadas tanto a la prevención en el contexto de la población en general, como a la atención y tratamiento de la población afectada y la reinserción en el seno familiar y social”; y que “el tratamiento social se hará en forma coordinada con el Departamento de Trabajo Social de la Secretaría de Salud Pública y coordinadamente con las acciones que lleve a cabo la Secretaría de Promoción Social”.

El flagelo de la droga ha crecido en los últimos años en grados extremos. En la ciudad de Rosario la mitad de las personas que inician un proceso de rehabilitación por cuestiones relacionadas con la droga, tienen entre 15 y 22 años. Al efecto de señalar alguna de las estadísticas elaboradas en el ámbito nacional, podemos decir que los estudios del Observatorio Argentino de Drogas dejan al descubierto cómo desde el año 2001 al 2006 la edad de inicio en cualquier sustancia ha venido descendiendo. En el estudio de 2005 Argentina superaba a Uruguay en el consumo de marihuana y en el de 2007 está muy cerca de superar a Chile. En consumo de pasta base sólo nos supera Chile, pero somos el segundo país de Latinoamérica. Uno de los peores problemas que tiene Argentina es el policonsumo, lo que la posiciona tristemente como el país con mayor índice de policonsumo en el mundo. El 35% de quienes consumen marihuana también consumen alguna otra droga. Comparando las cifras de 2003 y 2005, con los números de 2007 (todos elaborados por el SEDRONAR), se advierte que éstos son peores, lo que es indicativo de que la situación de consumo se agrava. Argentina es el único país de Latinoamérica en el cual las curvas de estadísticas no sólo no se estabilizan sino que se aceleran.

Frente a esta realidad es necesario generar canales de inclusión social, entendiendo que el concepto de exclusión social hace referencia al debilitamiento de los vínculos entre los individuos consumidores y la sociedad. Este debilitamiento de los vínculos sociales se acompaña con la falta de acceso a los recursos y ventajas que estos ámbitos prodigan, a mayor número de espacios o colectivos sociales de los cuales se excluyen a un individuo o a un grupo, de manera persistente, tienden a incrementar sus condiciones de vulnerabilidad.

El joven adicto se encuentra en una preocupante situación de vulnerabilidad. Su marginación y estigmatización se sustenta en las características que se construyen desde la cultura, desde las representaciones sociales: características recurrentes de delincuencia, pandillismo, violencia, promiscuidad, entre otras, son las que van a asociarse a la imagen del adicto a las drogas.



CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



Resulta imperioso entregar a la población joven drogodependiente herramientas concretas para superar una enfermedad social que aleja al individuo de la realidad, dificulta la construcción de vínculos, promueve conductas destructivas para sí mismo y para terceros, pérdidas afectivas y materiales, genera conflictos familiares ligados a situaciones de violencia, falta de comunicación, abandono, sentimiento de soledad y desamparo, falta de proyectos personales.

Si la sociedad es la que excluye, es ella misma el lugar de la inserción social del joven adicto, la sociedad debe ofrecerle a éste las posibilidades de inclusión en sus diversos espacios sociales y productivos y en este sentido, emprendimientos como los realizados en los Parques Huertas representarían una alternativa óptima para dicha realidad, afirmación que descansa sobre distintas y exitosas experiencias realizadas por organizaciones que abordan la problemática.

Las Secretarías de Salud Pública y Promoción Social de la Municipalidad de Rosario, afrontan el desafío de atender la multiplicidad de factores que plantea la drogadependencia. Ante la gran demanda, pese a los esfuerzos, resultan insuficientes las becas otorgadas por distintas entidades para la internación de estos jóvenes en distintas instituciones privadas como son Volver a la Vida, Esperanza de Vida, AVCD, Nazaret, Programa Andrés entre otras.

El Programa de Agricultura Urbana de la Municipalidad de Rosario tiene como uno de sus principales objetivos la integración social, la superación de la pobreza, el mejoramiento del hábitat y el ambiente urbano, la construcción de redes sociales. El trabajo realizado en las Huertas Comunitarias además de representar una mejora en la calidad de vida y de ingresos económicos para los huerteros, posibilita el desarrollo de capacidades productivas, constituye una experiencia de contacto directo con la naturaleza, coopera con el desarrollo humano de cada persona dado que se trata de una actividad comunitaria en un ambiente sano y donde todos aportan su trabajo para el bienestar de todos. Los trabajos como los realizados en huertas comunitarias aleja a los jóvenes de una situación ociosa, muchas veces factor determinante de la incursión de grupos marginales en el consumo de sustancias psicoactivas.

Resultaría provechoso utilizar la vasta y exitosa experiencia desarrollada en estos emprendimientos por el municipio, que antes que laboral revisten una clara concepción del desarrollo humano, para proponer una nueva opción de salida digna a una realidad tan adversa como la de la drogadependencia para cientos de jóvenes de nuestra ciudad"

Por lo expuesto estas comisiones aconsejan para su aprobación el siguiente proyecto de.

ORDENANZA

Artículo 1º.- Encomiéndase al Departamento Ejecutivo Municipal la elaboración y puesta en funcionamiento del proyecto: "Nuestras Huertas: una salida a las drogas".

Art. 2º.- El mismo se llevará a cabo coordinadamente entre el Programa de Agricultura Urbana dependiente de la Secretaría de Promoción Social, los Centros de Distrito y el Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones dependiente de la Secretaría de Salud Pública, a través de la conformación de un equipo conjunto de trabajo.

Art. 3º.- Serán objetivos del mismo:

. Generar un nuevo espacio que sirva de herramienta para reforzar los medios con que cuenta el Municipio para abordar la problemática de las adicciones.



CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



- . Coordinar y articular los distintos sectores, esfuerzos, elementos existentes y experiencias desarrolladas para abordar multidisciplinariamente la asistencia y rehabilitación de pacientes drogadependientes que por su condición socio-económica no tengan posibilidad de acceder a tratamientos de recuperación en instituciones privadas.
- . Brindar a las personas en proceso de recuperación, un espacio de contención y adquisición de nuevas habilidades, donde encuentren medios sociales y materiales para avanzar en la resolución de sus conflictos laborales, de subsistencia y existenciales, muchas veces causantes de su enfermedad.
- . Capacitar a los beneficiarios en la producción ecológica y emprendimientos asociados con el fin de incluirlos en las distintas redes solidarias que funcionan actualmente en torno al Programa de Agricultura Urbana. (PAU).
- . Promover nuevas conductas sobre el cuidado del cuerpo, el desarrollo intelectual, el trabajo con la naturaleza, la generación de lazos sociales y la solidaridad.

Art. 4º.- Créase un registro diferenciado de aspirantes al proyecto “Nuestras Huertas: una salida a las drogas”. El mismo estará a cargo del P.A.U., y los aspirantes serán derivados por el Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones, previo estudios médicos y psicoterapéuticos correspondientes. Se privilegiarán los excluidos del mercado formal de trabajo y que por consiguiente se encuentren en condiciones de vulnerabilidad socio-económica, quienes pasarán a formar los grupos productivos en recuperación.

Art. 5º.- Los terrenos que se utilizarán para la ejecución del presente proyecto serán provistos de la misma forma que se establece en los artículos 3 y 4 de la Ordenanza 7.341.

Art. 6º.- A los fines de la capacitación de los beneficiarios en torno a las técnicas agroecológicas, uso responsable del suelo, comercialización, la modalidad más adecuada será analizada y determinada por el equipo de trabajo, teniendo en cuenta los Centros de Capacitación ya existentes. En dicho proceso será conveniente incorporar ejes temáticos relacionados al cuidado de la salud, la creación y fortalecimiento de lazos sociales y la importancia del trabajo.

Art. 7º.- La producción elaborada por los grupos productivos en recuperación podrán integrarse a las cadenas de procesamiento y comercialización que existen en torno al P.A.U. a través de las Agroindustrias Urbanas Sociales y las Ferias Agroecológicas. La Secretaría de Promoción Social a través del P.A.U. facilitará las instancias de producción, elaboración y comercialización mediante la provisión de insumos, asistencia técnica y capacitación de los grupos productivos en recuperación.

Art. 8º.- La Secretaría de Salud Pública a través del Programa Integral de Atención y Prevención de Adicciones tendrá a su cargo el seguimiento y abordaje terapéutico del paciente a fin de poder aplicar todas las metodologías y recursos disponibles que refuercen el proceso de recuperación.



CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



Art. 9º.- Comuníquese a la Intendencia con su considerandos, publíquese y agréguese al D.M.-

Sala de Sesiones, 20 de noviembre de 2008.-



[Signature]
Dra. Sonia Alcón Quiroz
Secretaria Genl. Municipal
Concejo Municipal de Rosario



[Signature]
CJAL. MIGUEL ZAMARINI
PRESIDENTE
CONCEJO MUNICIPAL DE ROSARIO

Expte. N° 167.012-P- 2008 C.M.-

8) Ley N° 13.044- Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables.

REGISTRADA BAJO EL N° 13044

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA SANCIONA CON FUERZA DE

L E Y :

ARTÍCULO 1º.- Ratifícase el Convenio Marco de Cooperación celebrado en fecha 14 de noviembre de 2008 entre esta provincia de Santa Fe y el Ministerio de Salud de la Nación para la implementación del Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables en la Provincia de Santa Fe.

Dicho convenio fue aprobado "ad referéndum" de esta Honorable Legislatura por Decreto del Poder Ejecutivo N° 0536/09 e inscripto en el Registro de Tratados, Convenios y Contratos Interjurisdiccionales el día 16 de marzo de 2009, con el N° 3567, Folio 85, Tomo VII, se agrega y como anexo forma parte integrante de la presente ley.

ARTÍCULO 2º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo

DADA EN LA SALA DE SESIONES DE LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS DIECINUEVE DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE.

Firmado: Eduardo Alfredo Di Pollina - Presidente Cámara de Diputados
Norberto Betique - Presidente Provisional Cámara de Senadores
Lisandro Rudy Enrico - Secretario Parlamentario Cámara de Diputados
Diego A. Giuliano - Secretario Legislativo Cámara de Senadores

DECRETO N° 2453

SANTA FE, "Cuna de la Constitución Nacional", 17 DIC 2009

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA

VISTO:

La aprobación de la Ley que antecede N° 13.044 efectuada por la H. Legislatura;

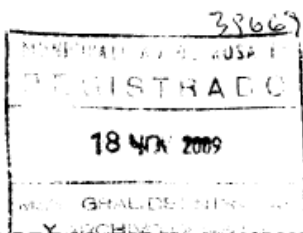
D E C R E T A :

Promúlgase como Ley del Estado, insértese en el Registro General de Leyes con el sello oficial, publíquese en el Boletín Oficial, cúmplase por todos a quienes corresponde observarla y hacerla observar.-

Firmado: Hermes Juan Blaner
Miguel Angel Capiello

La presente Ley se publica sin la documentación anexa quedando a disposición de los interesados en la Dirección General de Técnica Legislativa - Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado - 3 de Febrero 2649- 2° Piso - Santa Fe - Tel. 0342-4506607 - e-mail:ditecleg@arnethiz.com.ar

9) Ordenanza N° 8.472/2009- Campaña informativa en adhesión al Día Mundial de la Enfermedad Obstructiva Crónica.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA
(N° 8.472)

Concejo Municipal

VISTO: Que el 19 de Noviembre se celebra el Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), que es la cuarta causa de mortalidad en España y quinta en todo el mundo.

Y CONSIDERANDO: Que en todo el mundo mueren cuatro personas por minuto como consecuencia de la EPOC y desde la OMS sostienen que unos 80 millones de personas la sufren, ya sea de forma moderada o grave.

Que en esta fecha del Día Mundial del EPOC se intenta promover en todo el mundo una más profunda comprensión de la enfermedad y una mejor atención a los pacientes.

Que según los cálculos de la OMS correspondientes a 2007, hay en la actualidad 210 millones de enfermos de EPOC. La OMS prevé que para 2030 esta dolencia se habrá erigido en la tercera causa más importante de mortalidad en todo el mundo.

Que según los datos, publicados por la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR), representan aproximadamente entre dos y tres millones de personas y se estima que entre los fumadores aproximadamente un 15 por ciento desarrollan la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Que los principales factores de riesgo son el tabaquismo, la contaminación del aire, tanto en espacios cerrados como en el exterior, y la inhalación de partículas de polvo y sustancias químicas en el lugar de trabajo.

Que en la Argentina, cerca de tres millones de personas padecen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Por eso, el Hospital de Clínicas realiza actividades gratuitas en el marco de la "Semana Mundial del EPOC" entre el 12 y el 16 de noviembre.

Que se desarrolla en todo el planeta la "Semana Mundial del EPOC" para concienciar e informar a la población acerca de esta enfermedad. Que el Hospital de Clínicas (ubicado en Av. Córdoba 2351 -Bs. As) realiza jornadas gratuitas para el diagnóstico y prevención de esta enfermedad, durante esta semana.

Que en Mendoza, y según los datos del Departamento de Bioestadísticas del Ministerio de Salud, hay 12 mil internaciones por año que son consecuencia de esta afección:

Que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) la sufren los fumadores "experimentados", que después de pasar los 50 años comienzan a hacer grandes esfuerzos para respirar y tienen tos crónica.

Que esta patología, que es sólo una de las asociadas al cigarrillo, le cuesta al Estado 3,6 millones de pesos diarios en internaciones y atención en los efectores públicos de salud.

Que el tabaquismo es la causa más común de la EPOC, que según muestran los registros, entre el 35 y 50% de las personas que fuman por un período mayor a los diez años desarrollan esta enfermedad.

Que todas estas internaciones en los hospitales públicos generan un gasto diario que supera los tres millones de pesos. Ramón Alchapar, director del Lencinas, explicó que los pacientes necesitan una batería de estudios durante la internación. "En la mayoría de los casos se los asiste con suero y oxígeno, que es muy caro. Además, se les hace radiografías de tórax, electrocardiogramas, análisis completos, entre otros estudios", detalló el médico.

Que es posible reconocer las personas en riesgo para la enfermedad y realizar un diagnóstico temprano e iniciar tratamientos que prevengan el deterioro progresivo de la función pulmonar.

Que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se podría eliminar en un 90 por ciento de los casos si desapareciera el tabaco.

Que en México, bajo el lema No ignoremos a la EPOC, la campaña que se presenta con motivo del Día Mundial de la EPOC, pretende aumentar el conocimiento de esta enfermedad, especialmente entre las personas de riesgo y promover la detección precoz.

Es por lo expuesto que se eleva para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Realícese a partir del 19 de Noviembre del presente año, una Campaña informativa en adhesión al Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Art. 2º.- Impleméntese a través de la repartición que corresponda la Campaña Día Mundial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en forma permanente todos los años, la misma deberá estar prevista en el Presupuesto de cada año.

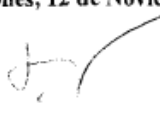
Tendrá como objetivo la realización de jornadas con la finalidad de mejorar el conocimiento, prevención, diagnóstico y tratamiento de la EPOC.

Art. 3º.- El Departamento Ejecutivo enviará información y folletería a las escuelas primarias y clubes para dar charlas informativas a docentes y alumnos para que se conviertan en agentes multiplicadores de conocimientos en lo que refiere de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

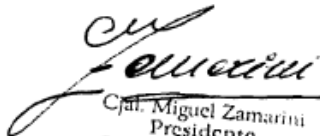
Art. 4º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.-

Sala de Sesiones, 12 de Noviembre de 2009.-



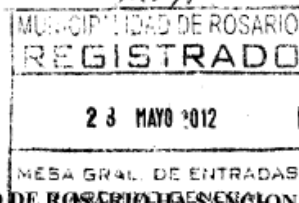

Raúl Fernández
Secretario General Administrativo
Concejo Municipal de Rosario




Cjal. Miguel Zamarrini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 174.327-P-2009 C.M.-

10) Ordenanza N° 8913/2012- Programa “Rosario se mueve, movete con Rosario”



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SENCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 8.913)

Concejo Municipal:

La comisión de Salud y Acción social ha tomado en consideración el proyecto presentado por la concejala María Eugenia Schmuck, que expresa:

Visto: La necesidad de proporcionar a la sociedad los medios necesarios para mejorar su salud y su calidad de vida.

El “Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables”, que por Resolución Ministerial N° 246/03 coloca al Ministerio de Salud de la Nación en la Coordinación Operativa del mismo.

Considerando: Que la salud es una responsabilidad colectiva en donde se debe comprometer a toda la sociedad a participar del proceso de mejora de calidad de vida.

Que según la Carta de Ottawa promocionar salud es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Que existe una Red Argentina de Municipios Ciudad Saludable conformada por más de 480 municipios titulares, donde se encuentra la Ciudad de Rosario, y por más de 360 adherentes.

Que el mencionado Programa consiste en fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud en el nivel local, teniendo como objetivos: *la prevención de factores de riesgo para la salud, el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, la salud integral del adolescente, la promoción de ambientes libres de humo, la promoción de la actividad física y vida activa, la prevención de conductas adictivas (alcoholismo, tabaquismo, drogas ilícitas, etc.), la nutrición y alimentación saludable, entre otros.*

Que se debe abordar integralmente los determinantes y condicionantes de la salud, actuando sobre los distintos factores que inciden sobre los individuos, las organizaciones y el territorio.

La importancia que tiene para la sociedad que la política pública modifique los factores que determinan y condicionan negativamente la situación de salud colectiva y desarrollen aquellos que inciden en ella positivamente, para reducir las brechas de inequidad existentes en la población.

Que los municipios saludables son aquellos que abordan integralmente los factores que determinan y condicionan negativamente el estado de salud con políticas públicas adecuadas, definidas de forma participativa e intersectorial para reducir las brechas de inequidad existentes en sus territorios.

Que el modo de vida es condicionante de la salud, en lo referido a la actividad física, el control del consumo del tabaco, la seguridad vial, la alimentación saludable, el control de alcohol y otras sustancias adictivas.

Que hablar de un municipio saludable es hablar de una comunidad que ha iniciado un proceso que requiere convicción, fuerte apoyo político, y participación social de todos los actores y sectores.

Que el ejercicio físico es uno de los factores fundamentales en la promoción de la salud, ya que con su práctica permite generar adaptaciones en diferentes sistemas como el cardiopulmonar y osteomuscular, para mejorar la condición y función del organismo.

Que el ejercicio trae también beneficios en el orden físico, psicológico y social, en niños y adolescentes, en adultos y ancianos, en personas sanas y enfermas.

Que los principales beneficios descritos son la reducción del peso corporal, disminución de la tasa de enfermedades del corazón, mejora de la resistencia física, incremento de la autoestima, control del estrés, disminución del riesgo de algunos tipos de cáncer, entre otros.

Que para lograr los beneficios para la salud, el ejercicio debe ser practicado regularmente, y las actividades aconsejadas son las de tipo aeróbico, recreativas como caminata, trote, ciclismo, natación y danzas.

Que estudios demuestran que el tiempo ideal de entrenamiento debe ser entre treinta (30) y setenta (70) minutos, y que el manejo de pacientes con diabetes y con problemas de obesidad se facilita cuando estos hacen ejercicio y siguen una dieta adecuada.

Que el ejercicio en los ancianos disminuye la pérdida de funciones como la fuerza, flexibilidad, coordinación y equilibrio; disminuye la mortalidad por enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporosis y obesidad; aumenta la autoestima, reduce la depresión y el aislamiento social; mejora el ambiente del hogar; aminora los trastornos del comportamiento e incrementa el bienestar.

Que según estudios científicos a los 30 años comienza un proceso de disminución en la masa muscular y los minerales óseos. Desde ese momento y por cada década de vida las personas sedentarias pierden el 9% del total de sus fibras musculares, frente a un 5% en los individuos físicamente activos. A los 50 años hay una pérdida cercana al 15% de la musculatura corporal, y llega a ser del 50% a los 80 años de edad.

Que el ejercicio en los niños y adolescentes mejora la autoestima, reduce el aislamiento social, controla el estrés, y disminuye la depresión. Se ha comprobado que con la práctica deportiva bien orientada, no sólo se logran algunos beneficios físicos sino que se puede mejorar el desempeño académico, aumentar la frecuencia en las aulas de clase y reducir trastornos en el comportamiento, a partir de modelos impartidos de responsabilidad y disciplina, representados en aspectos cotidianos de la escuela deportiva, como la asistencia puntual al entrenamiento, donde se incluyen juego y actividad física.

Que se ha comprobado que los procesos depresivos, pueden mejorarse con la práctica regular de actividad física. La interacción obligatoria con el medio externo, es una estrategia no sólo para ayudar a controlar procesos depresivos, sino también para incrementar la autoestima, aliviar el estrés, mantener la autonomía, mejorar la auto-imagen, el bienestar, reducir el aislamiento social, y los trastornos del comportamiento.

Que en ciudades como La Plata y Mar del Plata se han implementado exitosos programas que promueven las actividades físicas y la vida sana.

Que la Municipalidad de Rosario desde el 24 de Octubre de 2010 implementa todos los domingos un evento en la vía pública llamado "Calle Recreativa", desarrollándose de las 8 a las 13 hs en Bv. Oroño desde Av. Pellegrini hasta Av. de la Costa E. López.

Que los costos actuales de gimnasios, ecofitness, personals trainers, entre otros impiden que parte de la sociedad reciban una enseñanza calificada en actividades físicas.

Por todo lo expuesto la comisión eleva para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1°.- Créase en el ámbito de la Subsecretaría de Recreación y Deporte de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario el Programa "Rosario se mueve, movete con Rosario".

Art. 2°.- Objetivos:

- Abordar integralmente los factores que determinan y condicionan la salud desde el enfoque de la educación física.
- Generar la "conciencia de los buenos hábitos", entendiéndose como tales a la actividad física, el control del consumo del tabaco, el alcohol y otras sustancias adictivas, la alimentación saludable, entre otras.
- Concientizar sobre las bondades de la actividad física.

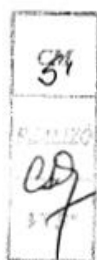
Art. 3°.- Funcionamiento del Programa:

- Se implementarán actividades gratuitas de educación física en los parques de la ciudad, comprendiendo ejercicios aeróbicos, de danza, deportivos, entre otros, realizándose preferentemente los días hábiles en horarios de 18 a 20 hs.
- Se invitará a los diferentes Institutos de Educación Física de la Ciudad de Rosario, para que sus profesores y estudiantes concurren a distintos parques de la ciudad a dar clases públicas de actividades físicas.

- Se incorporarán en los parques donde se realizarán las actividades gratuitas de educación física "estaciones del buen hábito", donde se les proporcionará a los participantes del programa material informativo sobre alimentación saludable, la importancia que tiene en la salud realizar actividad física, las consecuencias del sedentarismo, entre otras.

Art. 4°.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de sesiones, 17 de Mayo de 2012.-



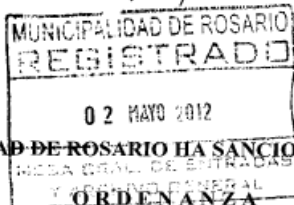

Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Cjal. Miguel Zamarrin
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 195.193-P-2012-C.M.

11) Ordenanza N° 8.903/2012- Calle Recreativa



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE
ORDENANZA
(N° 8.903)

Concejo Municipal:

La Comisión de Obras Públicas, ha tomado en consideración el Mensaje N° 02/12 IG, del Departamento Ejecutivo Municipal, mediante el cual remite Proyecto de Ordenanza, "Calle Recreativa Libre de Vehículos Motorizados".

Visto: Que la Municipalidad de Rosario está abocada desde hace muchos años y en todos sus estamentos a brindar a la población elementos e instrumentos que brinden una mayor calidad de vida y salud.

Considerando: Que desde el 24 de Octubre de 2010 en Rosario se viene implementando domingo a domingo un evento en la vía pública que dio a llamarse "Calle Recreativa".

Que han desarrollado de manera continua y con total normalidad 68 jornadas, todos los domingos de 8 a 13 hs., transitando por el circuito más de 1.400.000 usuarios.

Que la implementación de este proyecto generó un gran impacto en la ciudadanía de todas las edades, con una masiva adhesión que continúa aumentando.

Que entre los beneficiarios de la Calle Recreativa rosarina podemos mencionar que es un espacio para la recreación gratuita y el aprovechamiento del tiempo libre, que recupera las calles para el encuentro ciudadano, que promueve la convivencia ciudadana con valores democráticos, respeto y tolerancia, comunicación y cohesión social, favorece la adquisición de hábitos, saludables, que contribuye en la prevención de las enfermedades crónicas mediante la promoción de la actividad física, que promueve el uso de medios alternativos de transporte y que disminuye la contaminación ambiental y los niveles de ruidos.

Que participan del proyecto clubes y otras instituciones de la ciudad, ONG's y diferentes aéreas del municipio y del gobierno provincial para el desarrollo de actividades vinculadas a la salud, la cultura, la ecología, movilidad sustentable y el deporte.

Que Rosario se ha constituido en la primaria ciudad del país en implementar un circuito recreativo permanente libre de autos y motos.

Que este proyecto forma parte de la Red de Ciclovías Recreativas de las Américas, iniciativa que llevan adelante varias ciudades del continente americano promoviendo un estilo de vida más saludable.

Que es necesario continuar incentivando el uso de buenas prácticas como la descripta.

Que se hace necesario proveer respecto a una adecuación del régimen descripto.

Que se hace necesario proveer en tal sentido.

Por lo expuesto, esta Comisión solicita la aprobación del siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1°.- Definase como Calle Recreativa Libre de Vehículos Motorizados a los espacios públicos (parque y/o plazas) y arterias destinados para uso exclusivo de recreación en los días y horarios estipulados por el Departamento Ejecutivo.

Art. 2°.- Entiéndanse comprendidos en la calle definida en el artículo precedente, los siguientes espacios públicos y calles de la ciudad: Parque de la Independencia, Parque Sunchales, Parque Scalabrini Ortiz, Bv. Oroño desde Av. Pellegrini hasta Av. de la Costa E. López, Av. de la Costa E. López desde Moreno hasta Av. Francia, Av. Carballo desde Av. Francia hasta Bv. Avellaneda, Av. Francia desde Av. de la Costa E. López hasta Rotonda Ing.G. Venecia y Rotonda, Ing. G. Venecia, Bv. 27 de Febrero desde Bv. Oroño hasta Av. San Martín y Av. San Martín desde Bv. 27 de Febrero hasta Bv. Seguí.



Art. 3°.- Prohíbese la circulación de todo vehículo motorizado en la traza definida en el artículo precedente en los días Domingos y Feriados en el horario de 8.00 hs a 13.00hs, con excepción de vehículos de emergencia, de seguridad o afectados a hechos de fuerza mayor y vecinos residentes.

Art. 4°.- El Departamento Ejecutivo podrá evaluar la conveniencia de incorporar otros espacios a los determinados en el artículo 2° de la presente Ordenanza.

Art. 5°.- El Departamento Ejecutivo a través de sus Organismos de Aplicación procederá a elaborar, proyectar y diligenciar la metodología para la optimización y perfecto funcionamiento de la presente, sin afectar el normal desenvolvimiento del entorno y del resto de los vecinos de la ciudad.

Art. 6°.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 19 de abril de 2012.-


ELIZO

7.2.12

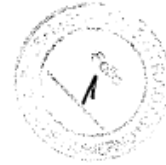
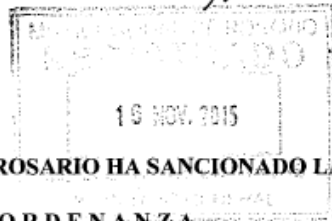

Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 194029-I-2012 CM.-

Ordenanza N° 9.457/2015- Calle recreativa.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 9.457)

Concejo Municipal:

La Comisión de Obras Públicas, ha tomado en consideración el proyecto de Ordenanza presentado por los Concejales León y Rosúa, quienes encomiendan:

Visto: La Ordenanza N° 8903 de regulación de la Calle Recreativa Libre de Vehículos Motorizados a los espacios públicos (parque y/o plazas) y arterias destinados para uso exclusivo de recreación.

La solicitud de comerciantes del Centro Comercial a Cielo Abierto Pellegrini para que se comprenda a la Avenida Pellegrini dentro de la Ordenanza 8903; y

Considerando: Que la Ciudad de Rosario es la primera ciudad en Argentina en implementar un circuito recreativo permanente, libre de autos y motos. Una alternativa masiva de convivencia, encuentro, esparcimiento, vida saludable y actividad física para todos los ciudadanos.

Que la calle recreativa forma parte de la Red de Ciclovías Recreativas Unidas de las Américas, iniciativa que llevan adelante varias ciudades del continente americano promoviendo un estilo de vida más saludable.

Que es fundamental incluir a la Avenida Pellegrini a la red de calles recreativas, con el objeto de incorporar una de las calles más transitadas a este circuito saludable.

Por todo lo expuesto la Comisión eleva para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1°.- Modifíquese el artículo 2° de la Ordenanza N° 8903, el cual quedará redactado de la siguiente manera: "Entiéndanse comprendidos en la calle definida en el artículo precedente, los siguientes espacios públicos y calles de la ciudad: Parque de la Independencia, Parque Sunchales, Parque Scalabrini Ortiz, **Avenida Pellegrini desde Av. Belgrano hasta Bv. Oroño en sentido Oeste/Este**, Bv. Oroño desde Av. Pellegrini hasta Av. de la Costa E. López, Av. de la Costa E. López desde Moreno hasta Av. Francia, Av. Carballo desde Av. Francia hasta Bv. Avellaneda, Av. Francia desde Av. de la Costa E. López hasta Rotonda Ing. G. Venesia y Rotonda, Ing. G. Venesia, Bv. 27 de Febrero desde Bv. Oroño hasta Av. San Martín, Av. San Martín desde Bv. 27 de Febrero hasta Bv. Seguí".

Art. 2°. Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.
Sala de sesiones, 5 de Noviembre de 2015.-

CM
R
ALIZÓ
no B°

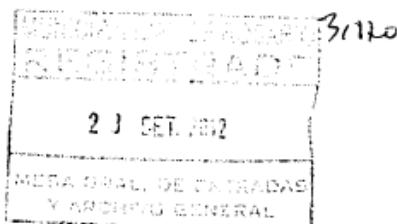
Marcelo Marchionatti
Intendente General
Municipal de Rosario



Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 223.019-P-2015-C.M.

12) Ordenanza N° 8.960/2012- Programa “Rosario previene”



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 8.960)

Concejo Municipal:

La Comisión de Salud y Acción Social ha tomado en consideración el proyecto presentado por el Concejal Gonzalo del Cerro, que expresa.

VISTO: Que existen enfermedades que pueden prevenirse y que son las primeras causantes de muerte, y

CONSIDERANDO: Que según, la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por salud, “ *el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves* ”

Que prevenir, es evitar, y las muertes por enfermedades prevenibles, (trastornos cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes) se encuentran dentro de las que puedan evitarse. Para lograr el objetivo de evitar muertes por causas prevenibles, es imprescindible restringir al máximo los factores de riesgo que conducen a ellas;

Que se conocen muchas enfermedades, que son incurables, pero si se toman precauciones, éstas pueden evitarse y que, en general, se asocian con el modo de vida, y los métodos de prevención de enfermedades van desde simples precauciones en el hogar, como lavarse las manos, hasta las costosas campañas internacionales para erradicarlas. Con respecto a este punto, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de su organismo para la salud, Organización Mundial de la Salud (OMS), emitió un informe sobre enfermedades prevenibles, no transmisibles, donde hace una referencia puntual a la República Argentina. De dicho informe surge que el 80% de las muertes en nuestro país, se producen por problemas de salud que podrían haberse evitado mediante la prevención. Este informe de referencia, señala entre las principales causales de muerte en nuestro país a los **trastornos cardiovasculares** con el 33%; **cáncer** con el 20%; **enfermedades respiratorias** con el 10%, **diabetes**, el 3%, mientras que las **enfermedades transmisibles**, cuentan con el 14% y los **accidentes**, el 6%;

Que el derecho a la salud se encuentra plasmado en varios instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos, contemplándolo como un derecho irrenunciable y una obligación impostergable de los Estados, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo 12, estipula: 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Que en cuanto a las obligaciones contraídas por los Estados, éstas “ incluyen tanto lo que cabe denominar obligaciones de comportamiento (adoptar medidas oportunas para hacer efectivos los derechos reconocidos), como obligaciones de resultado”. O sea, alcanzar metas concretas en materia de salud.

Que en materia de Derechos Humanos, el Estado tiene diversos niveles de deberes:

1.- Deber de respetar: implica que los gobiernos deben abstenerse de toda medida que impida a la población satisfacer estos derechos.

2.- Deber de proteger: aquí los gobiernos deben prevenir toda posible violación a los derechos no solo de sus agentes sino de posibles terceras partes, como consorcios, empresas, grupos multinacionales, etc.

3.- Deber de realizar: en comparación con las anteriores, esta obligación es más positiva e intervencionista. En esta categoría se plantean cuestiones de gastos públicos, reglamentación gubernamental de la economía, regulación del mercado (construcción de hospitales y centros de salud, fabricación, provisión y/o compra de medicamentos, provisión de alimentos básicos para evitar muertes por malnutrición, subsidios para viviendas sanas, garantizar la eliminación de residuos domiciliarios, agua potable, vestimenta, etc.) provisión de servicios públicos e infraestructura afines, políticas de subsidios y otras obligaciones positivas.

Por lo expuesto esta comisión aconseja para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Créase en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario el programa "*Rosario Previene*"

Art. 2º.- FINALIDAD: Orientar y promover una respuesta en múltiples niveles, prestando especial atención a los sectores más vulnerables.

1. Detectar las nuevas epidemias de enfermedades no transmisibles y analizar sus determinantes sociales, económicos y culturales, como fundamento para sustentar un esquema que promueva su prevención y control.
2. Reducir el grado de exposición de las personas a los efectos de riesgo de las enfermedades no transmisibles.
3. Elaborar un *listado de causas prevenibles*, que contengan, al menos, estas recomendaciones.
 - a. No fumar
 - b. Mantener un peso equilibrado.
 - c. Aumentar la ingesta de frutas y verduras.
 - d. Reducir la ingesta de sal.
 - e. Beber, al menos, 5 vasos de agua por día.
 - f. Hacer ejercicio físico.
 - g. Planificar tiempo al aire libre.
 - h. Reducir el consumo de alcohol.
 - i. Procurar un buen dormir.
 - j. Visitar regularmente al médico.

Art. 3º.- Dentro del Programa "*Rosario Previene*", será obligatorio exhibir el *listado de causas prevenibles* en:

- a. Todas las reparticiones municipales que tengan atención al público.
- b. Bares instalados en espacios públicos concesionados.
- c. Calle Recreativa.



d. Todo evento público en que la Municipalidad de Rosario opere como organizador y/o fiscalizador.

Art. 4°.- Se invitará a participar del programa “*Rosario Previene*” a clubes, gimnasios y toda institución de carácter público y privada, en que haya flujo de público.

Art. 5°.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 20 de setiembre de 2012.



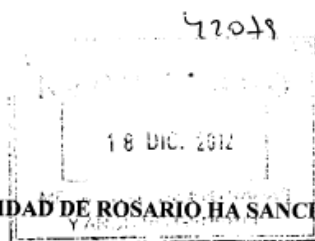

Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Ejal. Miguel Zanarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte.N° 193796-P-2012 CM.

13) Ordenanza N° 9.013/2012- Programa de prevención, difusión y concientización del ACV.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 9.013)

Concejo Municipal

Las Comisiones de Salud y Acción Social y de Presupuesto y Hacienda han tomado en consideración el proyecto presentado por los/las Concejales/las Norma López y Roberto Sukerman, quienes expresan:

VISTO: Que cada año se conmemora el día 29 de Octubre Día Mundial del ACV (Accidente Cerebro vascular) para la toma de conciencia de esta enfermedad.

Y CONSIDERANDO: Que el 29 de Octubre de 2010 se declaró "Día Mundial del ACV" (World Stroke Day), como estrategia mundial de prevención. El documento de la Proclama que tuvo lugar en el V Congreso Mundial de Stroke (ACV) llama la atención a la creciente epidemia de accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardíacas y trastornos cognitivos.

Que el ACV es la pérdida de funciones cerebrales como consecuencia de la interrupción del flujo sanguíneo del cerebro, que origina una serie de síntomas variables en función del área afectada. El reconocimiento de las señales de alerta del ACV es fundamental para que el paciente adopte una conducta en forma rápida y reducir el daño cerebral, que es mayor a medida que pasa el tiempo.

Que es una afección causada por la súbita pérdida de flujo sanguíneo cerebral (isquémico) o por el sangrado (hemorrágico) dentro de la cabeza. El primer tipo de ataque es el más frecuente y ocurre en el 80% de los casos.

Que el ACV (Accidente Cerebro Vascular) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles, que constituye la principal causa de morbi-mortalidad en el mundo.

Que es necesario llevar a cabo una concientización de la población para disminuir los factores de riesgo, adoptando hábitos y conductas tendientes a la prevención y el cuidado de la misma.

Que la prevención es un factor clave en la reducción de los riesgos de padecer un ACV.

Que según el Ministerio de Salud de la Nación, estadísticamente, el accidente cerebro vascular es la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad a nivel mundial; en Argentina se produce 1 ACV cada 4 minutos (100.000 a 190.000 casos al año); sólo 1 de cada 4 pacientes que sufre dicha dolencia llega a tiempo al hospital y la misma proporción es la que mueren dentro del año posterior al ACV; entre el 15 y el 30% de los supervivientes quedan con discapacidad permanente; para reducir los daños se necesita que la persona reciba atención en las primeras 4 horas desde el comienzo de los síntomas.

Que los accidentes cerebrovasculares (ACV) están afectando cada vez más a personas jóvenes, según estudios científicos internacionales recientes difundidos en ocasión del día internacional de esta enfermedad.

Que una nueva investigación elaborada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Cincinnati entre 1993 y 2005, concluyó que los ACV ocurren a edades cada vez más jóvenes, ya que aumentan la proporción de individuos con esta enfermedad entre 20 y 54 años.

Que según los especialistas internacionales, las actuales cifras de enfermos por ACV se triplicarán hacia fines del 2020 como consecuencia de un aumento en la expectativa de vida y la falta de planes de prevención.

Que la tendencia al alza observada en nuestro estudio es de gran preocupación para la salud pública, debido a que los accidentes cerebrovasculares en personas jóvenes se traducen en un aumento del número de pacientes afectados por una discapacidad de por vida. Esa discapacidad por ejemplo está dada en que el aproximadamente 25% de la población que sobrevive a uno de estos episodios de ACV padece del Síndrome de Espasticidad, que es la pérdida de fuerza total o parcial (en un lado del cuerpo), falta de coordinación motora y trastornos del habla, deglutorios, visuales y/o en la memoria.

Que las razones de esta tendencia podría ser un aumento de los factores de riesgo, como la diabetes, la obesidad y el colesterol alto.

Que según los especialistas, algunos de los posibles factores que contribuyen a estos eventos se pueden modificar con cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio.

Que el control de factores de riesgo como la hipertensión arterial y la adopción de hábitos saludables por parte de la población son fundamentales para prevenir un ACV.

Que según, Sebastián Laspiur, director de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud, reiteró que "el principal factor de riesgo para el ACV es la hipertensión arterial, ya que ocho de cada diez personas que lo sufren son hipertensos", y añadió que "otros factores que influyen son el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol, drogas y tabaco, al punto de que los fumadores aumentan cuatro veces el riesgo de tener un ACV".

Que el ACV tiene tratamiento y en la mayoría de los casos los pacientes mejoran, pero la recuperación comienza una vez finalizado el ataque y cuando el paciente está médicamente estable. La mayoría de los infartos cerebrales son silentes [no son detectables por síntomas], y tienen múltiples consecuencias [comas, estados vegetativos, demencia, depresión o muerte], indica el estudio publicado en la prestigiosa revista Neurology.

Que si se tiene en cuenta que el consumo de sodio eleva la tensión arterial, la reducción en la ingesta diaria de sal es una sencilla forma de prevenir esta enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda no consumir más de 5 gramos diarios y en la Argentina, los datos oficiales indican, que se llega casi a 12 gramos diarios por habitante, por lo que es primordial disminuir el consumo de sal agregada en las comidas y cobra suma importancia el compromiso de la industria de alimentos para reducir el sodio en los productos procesados.

Que "La OMS y las Naciones Unidas han declarado que es fundamental que los países de todo el mundo mejoren sus sistemas de recopilación de datos salud y así poder medir el impacto de las políticas de salud pública y la utilización de recursos a nivel poblacional. En los países de bajos y medianos ingresos, donde ocurren el 80% de las muertes por ACVs y enfermedad coronaria, es necesario desarrollar estrategias de mejora a través de iniciativas coordinadas de investigación en un marco de vigilancia mundial", indicó a LA NACION el doctor Luciano Sposato, director del Departamento de Neurología de Adultos del Instituto de Neurología Cognitiva (Ineco) y del Centro de Stroke del Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro.

Que como parte de la iniciativa en la optimización de los sistemas de recopilación de datos y de la medición del impacto de las políticas de salud pública, Sposato explicó el nacimiento en la Argentina PREVISTA, el Programa para la Evaluación Epidemiológica del Stroke en Tandil, que busca aportar un volumen de datos de alta calidad sobre el ACV. Para generar políticas de prevención y estrategias para mejorar la calidad de atención del ACV.

Que existen señales de alarma que nos pueden alertar acerca de los síntomas que pueden anunciar un ACV son el entumecimiento, debilidad o parálisis repentina de una parte del cuerpo; confusión, dificultades para hablar o comprender, no ver con uno o ambos ojos; al caminar sentir vértigo, pérdida del equilibrio o de la coordinación; tener fuertes y repentinos dolores de cabeza.

Que la posibilidad de sufrir un ACV aumenta de acuerdo a factores como presión arterial aumentada, tabaquismo, enfermedades cardíológicas, diabetes o haber tenido un ACV.

Que uno de cada cuatro pacientes que llegan a la guardia con un infarto en el cerebro tuvo señales de alerta en los días anteriores.

Por lo expuesto estas comisiones aconsejan para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1°.- Créase el Programa de prevención, difusión y concientización del ACV (Accidente Cerebrovascular) a realizarse cada año en el mes de Octubre.

Art. 2°.- El Programa consistirá en campañas comunicacionales para el acceso a la información de la población con el objetivo de concientizar acerca de los factores de riesgo, las señales de alerta y fomentar hábitos saludables.

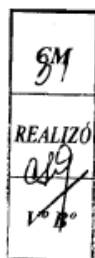
Art. 3°.- La campaña se realizará a través de soportes gráficos, radiales, televisivos, y con acciones directas sobre la población para la promoción de la salud. Incluirá folletería y material impreso para el acceso y distribución en los Distritos Municipales, Centros de Salud y Hospitales Públicos.

Art. 4°.- La campaña se realizará con el aporte conjunto de ONGs relacionadas a la problemática.

Art. 5°.- La Autoridad de Aplicación será la Secretaría de Salud Pública y es quien estará a cargo del diseño y ejecución del Programa de Prevención, difusión y concientización del ACV.

Art. 6°.- Facúltase al Departamento Ejecutivo Municipal a crear las partidas necesarias para llevar a cabo el Programa de Prevención del ACV.

Art. 7°. Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.-
Sala de Sesiones, 6 de Diciembre de 2012.




Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal de Rosario




Cgal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 200.426-P-2012 C.M.

14) Ley provincial N° 13.295/2012- Programa provincial integral de prevención, control y asistencia de los trastornos alimentarios.

REGISTRADA BAJO EL N° 13295

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA SANCIONA CON FUERZA DE

L E Y :

Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los
Trastornos Alimentarios

ARTÍCULO 1.- Adhesión. Adhiérese a la Ley Nacional 26.396, de Prevención y Control de Trastornos Alimentarios.

ARTÍCULO 2.- Creación. Créase en el ámbito del Ministerio de Salud, el "Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios".

ARTÍCULO 3.- Objetivos. El "Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de Trastornos Alimentarios" tiene los siguientes objetivos:

- a) prevenir los trastornos de conducta alimentaria, garantizando el acceso de la población a los sistemas de salud disponibles, cualquiera fuera su dependencia, pública o de las obras sociales privadas, dotando a dichos sistemas de los medios adecuados para satisfacer los requerimientos de esta problemática;
- b) garantizar la prestación de la asistencia médica quirúrgica para aquellos casos en donde se compruebe riesgo de vida, y sea éste el último recurso para los pacientes que no hayan podido solucionar los trastornos alimentarios mediante el uso de métodos tradicionales. En estos casos, el Programa solventará los gastos derivados de los estudios clínicos previos, de la intervención quirúrgica y de los controles y estudios postoperatorios. La Reglamentación determinará los parámetros y requisitos a cumplimentar para acceder a esta cobertura;
- c) desarrollar campañas de promoción y prevención relativas a los trastornos alimentarios abarcativas de los siguientes ítems:
 - características de las patologías y de sus consecuencias;
 - aspectos clínicos, nutricionales, psicológicos, sociales y de las formas apropiadas para su tratamiento; y,
 - derecho y promoción de la salud y derechos del consumidor.

- d) disminuir la morbilidad asociada con estas enfermedades;
- e) fijar normas para la evaluación y control de los trastornos alimentarios;
- f) promover la realización de charlas, debates, conferencias y toda otra acción que tienda a fomentar el desarrollo de actividades de investigación médica, nutricional y psicológica;
- g) capacitar a profesionales y técnicos de la salud para optimizar su desempeño en la prevención y control de estas patologías;
- h) promover conductas, hábitos alimentarios y estilo de vida saludables, a fin de concientizar a la población;
- i) habilitar espacios de reflexión y de educación para contener a quienes padecen estas patologías;
- j) desarrollar y proponer acciones contra la discriminación o estigmatización de quienes sufren trastornos alimentarios, en los distintos campos: social, laboral y educativo;
- k) controlar la publicidad de productos alimentarios y medicinales, a fin de evitar que se induzca por este medio a las personas a conductas y/o prácticas, favorecedoras de la anorexia, la bulimia, obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria;
- l) elaborar periódicamente un mapa sanitario epidemiológico y un informe respecto de esta problemática;
- m) desarrollar sistemas estadísticos en toda la Provincia, a fin de disponer oportunamente de la información necesaria para detectar grupos de personas y regiones vulnerables, avances de las acciones instrumentadas y metas alcanzadas;
- n) propiciar la participación de Organizaciones Sociales No Gubernamentales, estimulando el desarrollo del trabajo en red entre las mismas y con las del sector salud, a fin de llevar adelante las acciones previstas en el presente Programa;
- ñ) propiciar el desarrollo de modelos prestacionales integrales de la salud, que contemplen actividades preventivas, de detección y diagnóstico precoz, de las alteraciones de las conductas alimentarias según los requerimientos de los distintos casos;
- o) desarrollar actividades de difusión, por medios televisivos, radiales y gráficas dirigidas a la población en general y a grupo de riesgo en particular, a fin de concientizar sobre los riesgos en la salud que ocasionan las dietas sin control médico y sobre los hábitos alimentarios saludables y adecuados a cada etapa de crecimiento;
- p) coordinar con las autoridades nacionales, en el ámbito de la Provincia, la implementación de lo dispuesto en la Ley Nacional 26.396, en lo que resulte

pertinente;

- q) realizar toda otra acción conducente al logro de los objetivos del presente programa.

ARTÍCULO 4.- Autoridad de Aplicación. La Autoridad de Aplicación de la presente es el Ministerio de Salud, quien dispondrá el funcionamiento de un centro especializado por cada uno de los departamentos de la Provincia.

ARTÍCULO 5.- Equipo Multidisciplinario. La detección, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los trastornos alimentarios debe ser realizado por un equipo multidisciplinario (médicos clínicos, médicos cirujanos, nutricionistas, psicólogos, y aquellos que la autoridad de aplicación estime pertinente).

ARTÍCULO 6.- Alcance. Son beneficiarios del Programa, todas las personas con residencia habitual y permanente en la Provincia.

ARTÍCULO 7.- Ingreso al Programa. El ingreso al Programa se materializa una vez que se haya cumplido con la evaluación pertinente y se encuentre avalada por un funcionario asistencial con el nivel que la autoridad de aplicación determine a través de la reglamentación de la presente.

ARTÍCULO 8.- Coordinación con Ministerio de Educación. La Autoridad de Aplicación coordinará con el Ministerio de Educación:

- a) la incorporación de la Educación Alimentaria Nutricional en el sistema educativo en todos los niveles;
- b) la promoción de la actividad física a fin de evitar las conductas sedentarias de los alumnos;
- c) el control sobre los quioscos, buffet y demás medios de expendio de alimentos que se encuentren en los establecimientos escolares para que los mismos ofrezcan productos de alto valor nutricional, los que deberán estar adecuadamente exhibidos y anunciados;
- d) los establecimientos educacionales deben contar con comodidades y el equipamiento adecuado para el uso y asistencia de personas que padecen obesidad;
- e) la realización de talleres y reuniones para dar a conocer a los padres y tutores, conductas, hábitos alimentarios y estilos de vida saludables;
- f) la fijación de criterios y acciones de capacitación y actualización de los

docentes de los distintos niveles, ciclos o modalidades sobre esta problemática, a los efectos de contribuir a la prevención o detección temprana del sobrepeso, obesidad, bulimia y anorexia, y su adecuado tratamiento; y,

g) el desarrollo de estándares alimentarios para garantizar que los comedores escolares velen por los aspectos nutricionales de la población atendida, poniendo especial énfasis en la corrección de las deficiencias o excesos de nutrientes, atendiendo las particularidades de la cultura alimentaria local.

ARTÍCULO 9.- Coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social. La Autoridad de Aplicación es la que coordinará con el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia, la implementación de las siguientes acciones:

a) la capacitación de trabajadores sociales y demás operadores comunitarios, a fin de formar personal apto para contribuir con el perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos sobre la problemática alimentaria;

b) la detección de situaciones de vulnerabilidad y promoción de acciones y estrategias para abordarlas a través de una adecuada orientación y/o derivación; y,

c) el desarrollo de estándares alimentarios para garantizar que los planes alimentarios provinciales velen por los aspectos nutricionales de la población atendida, poniendo especial énfasis en la corrección de las deficiencias o excesos de nutrientes, atendiendo las particularidades de la cultura alimentaria local.

ARTÍCULO 10.- Informe Semestral. La Autoridad de Aplicación remitirá semestralmente a las Comisiones de Salud de ambas Cámaras Legislativas, un informe detallado sobre el desarrollo del Programa, a fin de evaluar la efectividad del Programa implementado.

ARTÍCULO 11.- Erogaciones. El Poder Ejecutivo realizará las modificaciones presupuestarias pertinentes a los fines del cumplimiento de la presente.

ARTÍCULO 12 - Promulgación. El Poder Ejecutivo Provincial debe reglamentar la presente dentro de los cuarenta y cinco (45) días de su promulgación.

ARTÍCULO 13 - Municipalidades y Comunas. Invítase a las Municipalidades y Comunas a adherirse a la presente.

ARTÍCULO 14 - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

LEY N.º 13.544 EN LA SALA DE SESIONES DE LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS VEINTICINCO DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DOCE.

Firmado: Luis Daniel Rubeo - Presidente Cámara de Diputados

Firmado: Jorge Henn - Presidente Cámara de Senadores

Firmado: Jorge Raúl Hurani - Secretario Cámara de Diputados

Firmado: Ricardo H. Paulichenco - Secretario Legislativo Cámara de Senadores

SANTA FE, "Cuna de la Constitución Nacional", 22 NOV 2012

De conformidad a lo prescripto en el Artículo 57 de la Constitución Provincial, se promulgó la presente Ley, la que se publica en el Registro General de Leyes con sello oficial y publíquese en el Boletín Oficial.

Firmado: Rubén D. Galassi - Ministro de Gobierno y Reforma del Estado.

15) Ordenanza N° 9.030/2012- Sistema de bicicletas públicas.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 9.030)

CAPÍTULO I – DEL SERVICIO

Artículo 1°.- OBJETO. Créase el Sistema de Bicicletas Públicas de la ciudad de Rosario, cuyo objeto es la dación en alquiler temporario de bicicletas destinadas al uso por parte de los ciudadanos y/o visitantes de la ciudad de Rosario.

Art. 2°.- ÁMBITO. El servicio será prestado dentro de los límites de la ciudad de Rosario.

Art. 3°.- PRESTADOR El Ente de la Movilidad de Rosario (EMR) será el encargado de seleccionar la prestataria del servicio, en los términos previstos en la presente Ordenanza y la Reglamentación que al efecto se dicte. Dicha prestataria podrá ser la misma Municipalidad de Rosario, una empresa pública, una empresa privada, una Asociación de Bien Público u Organización no Gubernamental.

Art. 4°.- AUTORIDAD DE APLICACIÓN. El EMR será la Autoridad de Aplicación del Sistema de Bicicletas Públicas y el encargado de la planificación y *monitoreo* del servicio.

El EMR, enviará al Concejo Municipal una evaluación anual del sistema en su 1° etapa y en base al mismo, un estudio de etapas posteriores, que contemple un aumento del sistema de gran escala o el mejoramiento del sistema vigente.

CAPÍTULO II – DEL SISTEMA

Art. 5°.- CARACTERÍSTICAS. El Sistema de Bicicletas Públicas consistirá en una serie de Estaciones distribuidas en la ciudad, de las que se podrá retirar o devolver una unidad de bicicleta integrante del Sistema. El retiro y el reintegro de cada unidad de bicicleta deberá producirse bajo las condiciones establecidas en la presente.

Art. 5° bis.- RODADO El rodado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Poseer características de diseño distintivas, que permitan su fácil identificación.
- Cada unidad deberá contar con un código único de identificación fácilmente visible.
- Cumplimentar los requerimientos de la Ordenanza n° 7513 en cuanto al equipamiento necesario.

Art. 6°.- DE LAS ESTACIONES. Las Estaciones son puestos fijos automatizados con un módulo madre y varios puntos de anclaje para bicicletas pertenecientes al Sistema. Estarán distribuidas en el ejido municipal de Rosario. Estas Estaciones serán acompañadas de las ciclovías pertinentes al mejor funcionamiento del Sistema. El EMR fijará las locaciones de cada Estación en las distintas etapas de implementación del sistema. Asimismo el Concejo Municipal de Rosario podrá proponer la modificación de las presentes o nuevas localizaciones.

En el entorno de las Estaciones y según criterios de conveniencia, el EMR dispondrá de bicicletas públicas de uso corriente, para bicicletas que no pertenezcan al servicio. A tal efecto se estudiará la posibilidad de utilización del modelo ganador del concurso "Emprendedores Creativos de Rosario" y avalado por la edición del año 2005 del Presupuesto Participativo del Centro Municipal de Distrito Centro "Antonio Berni".

Art. 7°.- DEL MEDIO DE PAGO. Establézcase la Tarjeta Sin Contacto (TsC) como medio de identificación de usuario y pago del servicio. *Los puestos de anclaje de bicicletas contarán con puestos de venta y recarga de las TsC a una distancia que no supere los 150 mts., salvo que las existentes se encuentren a una distancia que no supere los 100 mts.*

Art. 8°.- DEL COSTO DEL SERVICIO. La suscripción al servicio tendrá tres modalidades: diaria, mensual y anual. Las suscripciones habilitarán al usuario registrado a hacer uso *gratuito* del servicio en cada ocasión durante un período de 30 minutos. El EMR monitoreará el funcionamiento del sistema pudiendo ampliar este período de referencia.

Vencido el período de uso *gratuito*, el usuario deberá abonar una tarifa adicional que el Concejo Municipal fije en base a los estudios de costo que eleve a tal fin el EMR. Esta tarifa será incremental respecto a la demora en devolver la bicicleta al sistema, *con un máximo de 4 horas a*

partir del cual se considera en riesgo el vehículo y comienza a regir el mecanismo de sanciones.

Art.9º.- CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO. El EMR fijará por vía reglamentaria las condiciones y demás recaudos necesarios para el funcionamiento del servicio, la que deberá contemplar como mínimo lo siguiente:

- a) Permitir el uso del servicio a usuarios suscriptos.
- b) Permitir el pago del canon correspondiente mediante TsC.
- c) Contemplar la modalidad de alquiler para personas no residentes y en tránsito por la ciudad de Rosario
- d) Establecer horarios y días de funcionamiento y publicidad del sistema, pudiendo modificar lo establecido de acuerdo a la demanda del sistema.
- e) Un servicio de atención al usuario.
- f) *Se deberá contar con un taller de mantenimiento, para llevar al finalizar la jornada las bicicletas que así lo requieran, que serán devueltas al sistema el día siguiente, en caso de reparaciones complejas se procederá al reemplazo de la unidad. Encomiéndase al Departamento Ejecutivo contemple la posibilidad de celebrar un convenio de colaboración con el Estado Provincial a través de su Ministerio de Seguridad, a los efectos de incluir a los jóvenes que forman parte del Programa de Inclusión Sociocultural con Jóvenes para la Prevención del Delito.*
- g) *La empresa prestataria del servicio proveerá los vehículos necesarios para garantizar la continua redistribución de bicicletas entre estaciones y entre estaciones y el taller de mantenimiento.*

CAPÍTULO III – DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS USUARIOS

Art. 10º.- DERECHOS DE LAS/OS USUARIAS/OS.

- a) Toda/o ciudadana/o tiene derecho a registrarse en el servicio, siempre que cumpla las condiciones de edad y capacidad, establecidos en la Ordenanza 6543, artículos 7º y 13º.
- b) Tienen derecho a hacer uso de la bicicleta para paseo y desplazamientos urbanos, en los términos establecidos en esta Ordenanza.

Art. 11º.- OBLIGACIONES

- a) Serán responsables de las infracciones a esta ordenanza las/os usuarias/os del servicio de préstamos de bicicletas, así como sus tutores o representantes legales en caso de menores de edad.
- b) Todo/a usuario/a está obligado/a a hacer un uso correcto del servicio y a devolver la bicicleta en el mismo estado que la recogió, tanto en sus condiciones de limpieza como buen funcionamiento.
- c) El/la usuario/a está obligado/a igualmente a cumplir las normas establecidas en la presente ordenanza así como, en el tiempo de utilización, de custodiar la bicicleta.
- d) Igualmente está obligado/a a respetar, en todo momento, las normas en materia de tránsito.
- e) La persona usuaria de una bicicleta deberá comprobar el estado de ésta antes de hacer uso de la misma. El retiro de la misma constituye conformidad suficiente respecto a su estado.
- f) En caso de pérdida, hurto o robo, el/la usuario/a tiene la obligación de denunciar la desaparición de la bicicleta ante la autoridad competente, debiendo entregar una copia *certificada* de la denuncia en el lugar que se designe al efecto. En caso de no presentar dicha denuncia se aplicarán las sanciones previstas en la presente.
- g) La persona usuaria será responsable de los daños que se pueda producir o produzca a otras personas o bienes mientras hace uso de la bicicleta. El prestatario y/o la Municipalidad de Rosario no serán responsables por los daños y perjuicios causados con las mismas a cosas y/o terceros no usuarios.
- h) La persona usuaria será responsable ante la prestataria de la pérdida o de los daños que ocasionen en los elementos de la bicicleta y/o estaciones durante el tiempo que transcurra entre el retiro y la devolución de la bicicleta.



Concejo Municipal de Rosario
Dirección General de Despacho



- i) En caso de incidente que afecte a las condiciones mecánicas de la bicicleta y sin perjuicio de la obligación de comunicación, ésta quedará bajo la responsabilidad del/a usuario/a hasta que se deposite en un puesto de estacionamiento del sistema o la remita a la Prestataria encargada de la gestión del servicio.
- j) El/la usuario/a deberá retirar y restituir la bicicleta dentro del horario establecido para el funcionamiento del sistema. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las sanciones previstas en la presente.
- k) La persona usuaria es responsable de los daños que puedan sufrir o producir mientras hace uso de la bicicleta.
- l) En caso de no devolución de la bicicleta en el tiempo y forma previstos, deberá abonar un valor de reposición de la misma, que será tomado como base para los reclamos que por derecho pudieran corresponder y que será fijado por la Autoridad de Aplicación.

CAPÍTULO IV.- DE LAS INFRACCIONES Y SUS SANCIONES

Art. 12°.- INFRACCIONES.

Son infracción a esta Ordenanza las acciones u omisiones que contravengan lo dispuesto *en la presente*.

Serán responsables de las infracciones a esta Ordenanza las personas usuarias del servicio de préstamo del servicio de bicicletas, así como sus tutores o representantes legales en caso de menores de edad.

Las infracciones se califican como leves, graves y muy graves siendo la Prestataria responsable de su constatación y de la aplicación de las sanciones que prevé la presente.

A tal fin, la Prestataria deberá arbitrar un procedimiento ágil respetando el derecho de contradicción y defensa que asiste al usuario; el que deberá ser presentado para su aprobación al EMR. Las obligaciones, prohibiciones, sanciones y el procedimiento aplicable deberá publicarse debidamente para el pleno conocimiento por parte de los usuarios.

Art. 13°.- INFRACCIONES LEVES.

- a) El retraso injustificado en la devolución de la bicicleta.
- b) Depositar la bicicleta en lugares ajenos a las estaciones.
- c) El incumplimiento a lo dispuesto en esta Ordenanza que no sea constitutivo de infracción grave o muy grave.

Art. 14°.- INFRACCIONES GRAVES.

- a) Utilizar la bicicleta fuera de la ciudad de Rosario.
- b) No hacer buen uso de la bicicleta y no respetar las normas de tránsito establecidas para estos vehículos.
- c) No devolver la bicicleta en buen estado de funcionamiento.
- d) No comunicar cualquier desperfecto, percance o accidente ocurrido durante su uso.
- e) Producir daños en la bicicleta.
- f) El abandono injustificado de la bicicleta.
- g) La comisión de tres faltas leves en un período de doce meses.

Art. 15°.- INFRACCIONES MUY GRAVES.

- a) Utilizar la bicicleta con fin de lucro, estando expresamente prohibido su alquiler y/o venta y su utilización para fines comerciales, de transporte de mercancías o cualquier otro uso comercial.
- b) No realizar denuncia en el supuesto de pérdida, hurto o robo de la bicicleta.
- c) La comisión de tres faltas graves en el plazo de doce meses.
- d) Los actos de deterioro de las instalaciones y elementos del servicio.
- e) La no entrega de la denuncia de pérdida, robo o hurto de la bicicleta dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho.

Art. 16°.- SANCIONES.

Las infracciones al presente reglamento darán lugar a sanciones de inhabilitación de uso del sistema o multa, según esta descripción:

- a) Infracciones Leves: penalización en tiempo de uno a treinta días y/o multa de hasta el valor equivalente a medio abono de suscripción mensual.
- b) Infracciones Graves: penalización en tiempo de uno a tres meses y/o multa de hasta el valor equivalente a un abono de suscripción mensual.
- c) Infracciones Muy Graves: penalización en tiempo desde tres meses y/o multa de hasta el valor equivalente a un abono de suscripción anual, incluyendo la posibilidad de cancelación de la suscripción.

Art. 17º.- PROTECCIÓN DE DATOS.

Los datos personales de los/as usuarios/as del servicio serán objeto de tratamiento informático a los únicos efectos de su relación con la prestación del servicio.

Sobre dichos datos su titular podrá ejercitar los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación conforme a lo previsto en la Ley Nacional de Protección de los Datos Personales N° 25326.

El usuario asume que todos los datos facilitados son exactos y acepta las condiciones de la presente Ordenanza.

Art.18º.- Agréguese como Anexo 1, el plano correspondiente a la "Localización de las Estaciones" de la 1ª etapa de implementación del presente sistema.

CAPITULO V REGIMEN DE PROMOCION DEL SISTEMA E INCENTIVOS A LA ACTIVIDAD FISICA.

Art. 19º.- PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FISICA

La tarifa adicional prevista en el artículo 8 de la presente se reducirá los días domingos de 9 a 13 horas, sobre la prevista para la primera media hora.

Art. 20º.-

En el estudio de costos se contemplará un descuento en las suscripciones correspondientes y en la tarifa adicional previstas en el art. 8º de la presente Ordenanza. Serán beneficiarios los estudiantes universitarios y secundarios pertenecientes a instituciones educativas radicadas en la ciudad de Rosario.

CAPITULO VI.- DISPOSICIÓN ADICIONAL


Art. 21º.- SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

No obstante lo dispuesto anteriormente sobre responsabilidad del usuario, la Prestataria deberá contar con un seguro de responsabilidad civil mínimo por siniestro y por víctima, durante el período en el que se encuentre en funcionamiento el sistema.

Art. 22º.- Comuníquese a la Intendencia, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 13 de diciembre de 2012.




Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Miguel Zamorini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 199198-I-2012 CM.

16) Decreto N° 2.213/2013- Mesa intersectorial para el abordaje integral de adicciones.



CONSTITUYE, EN EL MARCO DEL GABINETE SOCIAL, LA MESA INTERSECTORIAL PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE ADICCIONES

FIRMANTES: BONFATTI - LEWIS - LAMBERTO - SCIARA - CAPIELLO - BIFARELLO - BALAGUE - GONZALEZ

DECRETO N° 2213

SANTA FE, "Cuna de la Constitución Nacional"; 06 AGO 2013

V I S T O:

El Expediente N° 01501-0065211-4 del Registro del Sistema de Información de Expedientes, mediante el cual se gestiona constituir, en el marco del Gabinete Social, la Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones, la que estará integrada por los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos, de Seguridad, de Economía, de Salud, de Desarrollo Social, de Educación y de Innovación y Cultura a través de la Dirección Provincial de Políticas de Juventud que de él depende, en su competencia de coordinación del Gabinete Joven Provincial; y

CONSIDERANDO:

que dentro de los modos de manifestación fenomenológica del malestar, el sufrimiento y los procesos de salud-enfermedad de nuestra población, se observa una tendencia creciente a las adicciones;

que la complejidad de la problemática se vincula al devenir histórico-social y no debe ser abordada de modo reduccionista, sino comprendiendo la trama socioeconómica, cultural y política en la que se desarrolla, tomando distancia de cualquier forma de estigmatización o discriminación;

que las adicciones no se presentan como un problema aislado en la vida de las personas, presentando mayor gravedad cuando acompaña procesos de ruptura de lazos sociales, marginación, exclusión y altos grados de vulnerabilidad;



que, por lo expuesto, es preciso implementar un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial que posibilite una respuesta oportuna y pertinente a las múltiples facetas de presentación de esta problemática;

que es decisión del Gobierno Provincial garantizar, de modo universal, el derecho a la asistencia idónea de los ciudadanos que atraviesan situaciones de adicciones, en cumplimiento de toda la normativa que garantiza el respeto a los derechos humanos expresados en nuestra Constitución Nacional y en los Pactos Internacionales de rango constitucional, como así también en las Cartas y Recomendaciones de Organismos Internacionales competentes;

que en concordancia con dicha normativa, el proceso de atención de las problemáticas adictivas debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, el que debe orientarse al reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales;

que por el Artículo 22° Inciso 6) de la Ley Provincial N° 12.817 de Ministerios, corresponde al Ministro de Salud "Entender en la elaboración, fiscalización y ejecución de las políticas destinadas al control de la drogadicción, en coordinación, en su caso, con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Ministerio de Seguridad y el Ministerio de Desarrollo Social";

que por el Artículo 24° Inciso 12) de dicha Ley, corresponde al Ministro de Desarrollo Social "Intervenir en la elaboración, fiscalización y ejecución de las políticas destinadas a la lucha contra la drogadicción, en coordinación con los Ministerios de Salud, Justicia y Derechos Humanos y Seguridad";

que debido a que esta problemática afecta frecuentemente a jóvenes y adolescentes, resulta conveniente incorporar la perspectiva joven en la construcción de esta política pública, convocando a la Dirección Provincial de Políticas de Juventud, dependiente del Ministerio de Innovación y Cultura, que tiene entre sus funciones la coordinación del Gabinete Joven;

que el Decreto N° 00673 de fecha 1° de marzo de 2012, modificatorio del Decreto N° 0063/08 de creación del Gabinete Social, establece que su objetivo



es definir los lineamientos estratégicos en materia de política social en el territorio provincial para promover el acceso universal de todos los santafesinos y santafesinas a los derechos fundamentales;

que el Artículo 1° Inciso a) del mencionado Decreto establece como función del Gabinete Social coordinar y articular las acciones y herramientas para lograr el cumplimiento de los lineamientos estratégicos mencionados;

que el abordaje integral de la problemática puede requerir la intervención de diversos organismos que conforman la Administración Pública Provincial, como así también la participación de las Municipalidades, las Comunas y las Coordinaciones Regionales;

que la Dirección General de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Desarrollo Social, en fecha 13 de mayo de 2013, ha tomado debida intervención;

que el presente se dicta de acuerdo a lo estatuido por el Artículo 72 Inciso 1) de la Constitución Provincial;

POR ELLO:

**EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA
D E C R E T A**

ARTICULO 1°: Constitúyase, en el marco del Gabinete Social, la Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones, la que estará integrada por los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos, de Seguridad, de Economía, de Salud, de Desarrollo Social, de Educación y de Innovación y Cultura a través de la Dirección Provincial de Políticas de Juventud que de él depende, en su competencia de coordinación del Gabinete Joven Provincial.

ARTICULO 2°: La Mesa creada por el Artículo anterior tendrá como misión establecer los principios rectores que orientarán todas las acciones que se realicen en esta materia, proponer las normas generales de funcionamiento de las instituciones que intervengan en la misma y deberá desarrollar tres (3)



ejes de trabajo: prevención inespecífica, asistencia y promoción de derechos y orientación a la ciudadanía.

ARTICULO 3°: Se podrá convocar a otras jurisdicciones del Gobierno Provincial y a las Municipalidades y Comunas cuando los temas a tratar involucren áreas específicas de su competencia.

ARTICULO 4°: Encomiéndase la coordinación de la Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones al Ministerio de Salud.

ARTICULO 5°: Refréndese por los Señores Ministros de Justicia y Derechos Humanos, de Seguridad, de Economía, de Salud y por las Señoras Ministras de Desarrollo Social, de Educación y de Innovación y Cultura.

ARTICULO 6°: Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.

17) Ordenanza N° 9.113/2013- Programa de concientización y detección precoz de la hipertensión infantil y del adolescente.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 9.113)

Concejo Municipal;

La Comisión de Salud y Acción Social ha tomado en consideración el proyecto presentado por los concejales Boasso, del Cerro, Schmuck y Miatello que expresan;

VISTO: La necesidad de modificar la Ordenanza N° 6.751 (Programa de Concientización y Detección Precoz de la Hipertensión Arterial) a los fines de informar a los ciudadanos para poder identificar aquellos niños susceptibles de desarrollar HTA, y

CONSIDERANDO: Que en Septiembre de 2013 destacó el doctor Roberto Ingaramo, ex presidente de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA) que el 52% de los pacientes que inician un tratamiento antihipertensivo lo abandonan antes de los seis meses.

Que este dato corresponde a un estudio de relevancia hecho en la Argentina sobre adherencia al tratamiento antihipertensivo en 1.800 pacientes de todo el país.

Que según el doctor Marcos Marín, médico cardiólogo de la Sección Hipertensión del Hospital Italiano de San Justo y miembro de la Comisión Directiva de la SAHA, "la mayoría de los estudios sobre adherencia realizados en el mundo revelan que alrededor de la mitad de los pacientes abandona el tratamiento antes de un año".

Que según expresa la Ordenanza 6.751, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la hipertensión como una afección silenciosa, sin síntomas y los médicos la consideran traicionera hasta que aparecen sus consecuencias.

Que la hipertensión arterial no se cura, se controla, por la cual el tratamiento debe ser permanente y conviene que sea controlada a partir de los 12 años.

Que la causa principal de la hipertensión se desconoce, pero se cree que existe un componente genético que "dispara" su desarrollo en algún momento de la vida.

Que la presión arterial es la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las venas y las arterias, cuando es impulsada por el corazón, la que varía según la actividad que se esté desarrollando.

Que resulta imprescindible que el Municipio adopte una política activa en la detección precoz de la hipertensión.

Que se debe coordinar cada uno de los esfuerzos que se realicen en el sentido del control de la presión arterial y en la concientización de la población en cuanto a la prevención y tratamiento de la misma.

Que la Ordenanza N° 6751, expresa:

Artículo 1°.- Créase en el ámbito de la ciudad de Rosario el "Programa de Concientización y Detección Precoz de la Hipertensión Arterial", que será desarrollado y coordinado por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

Art. 2°.- Serán objetivos del mencionado programa:

a) Facilitar a los vecinos de la ciudad el acceso gratuito a controles de la presión arterial, considerando que por sus características la Hipertensión Arterial no presenta síntomas.

b) Informar y concientizar a la sociedad acerca de la necesidad e importancia de comunicar por distintos medios acerca de la detección temprana de esta enfermedad, riesgos que implica su no atención, la existencia de distintos tratamientos para su control y la necesidad de realizar controles periódicos

Art. 3°.- Coordinar las acciones necesarias con otros organismos oficiales y entidades intermedias compenetradas con esta problemática a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto por la presente Ordenanza.

Que la hipertensión es un problema que no conoce de edades. Así es como también los niños y adolescentes pueden llegar a padecerla. Sus condiciones de aparición son múltiples y, por ejemplo, los antecedentes familiares cuentan.

Es por esto que se recomienda realizar pruebas periódicas de presión a los niños, para conocer el estado en el que se encuentran. Un chequeo nunca está de más, e incluso

los especialistas señalan que pueden practicárseles esta clase de test a partir de los 3 años. De todos modos, vale la pena hacer un desglosamiento de causas y síntomas de la hipertensión infantil. <http://www.innatia.com/s/c-remedio-para-hipertension/a-hipertension-en-los-ninos.html>

Causas de hipertensión infantil:

Como hemos señalado, los antecedentes de hipertensión arterial en la familia suelen favorecer la predisposición a que esta aparezca. El sobrepeso, el sedentarismo, el exceso de sal, grasas y azúcares o -en el caso de adolescentes- el fumar (también el entorno como fumador pasivo en hogares de fumadores) son algunas de las causas más comunes de hipertensión infantil. <http://www.innatia.com/s/c-remedio-para-hipertension/a-hipertension-en-los-ninos.html>

Síntomas en los niños hipertensos:

Los más comunes síntomas de la hipertensión arterial infantil son los dolores de cabeza, el enrojecimiento de la cara y las orejas. También mareos, fatiga y sangrado nasal son algunos síntomas frecuentes de hipertensión.

Que es necesario aumentar la difusión de la información sobre este tema y es conveniente la creación de una campaña con el objetivo de informar a la población en general para identificar aquellos niños susceptibles de desarrollar HTA Hipertensión Arterial en la vida adulta, ya sea por antecedentes familiares de Hipertensión, sobrepeso corporal y estilos de vida inadecuados como el sedentarismo, exceso de sal en la dieta, grasas y azúcares, hábito de fumar en el adolescente o sus familiares, fumador pasivo y el stress.

Por lo expuesto, que esta Comisión aconseja para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Incorpórese a la Ordenanza 6.751 el Art. 4, que quedará redactado de la siguiente forma:

Art. 4º.- Créase en el ámbito de la Ciudad de Rosario una Campaña de Detección, Prevención y Concientización de la Hipertensión Infantil y del Adolescente con el fin de informar a los ciudadanos para poder identificar aquellos niños susceptibles de desarrollar HTA (Hipertensión Arterial).

Art. 2º.- Incorpórese a la Ordenanza 6.751 el Art. 5, que quedará redactado de la siguiente forma:

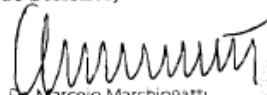
Art. 5: Facúltase al Departamento Ejecutivo Municipal para que a través de la repartición que corresponda, gestione ante el Ministerio de Educación, para que la campaña aludida en el Art. 4 se implemente en las escuelas primarias y secundarias.

Art. 3º.- Incorpórese a la Ordenanza 6.751 el Art. 6, que quedará redactado de la siguiente forma:

Art. 6: La Campaña de Detección, Prevención y Concientización de la Hipertensión Infantil y del Adolescente será acompañada de material informativo sobre alimentación saludable y consumo de sal. La misma estará a cargo de profesionales de la salud.

Art. 4º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 21 de noviembre de 2013.

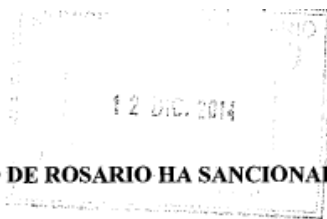

Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal de Rosario




Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 209064-P-2013 CM.

18) Ordenanza N° 9.342/2014- Semana Saludable



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA

(N° 9.342)

Concejo Municipal

La Comisión de Salud y Acción Social ha tomado en consideración el proyecto presentado por los concejales Bonifacio y Cardozo, que expresa.

VISTO: La necesidad de mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de los habitantes de la ciudad, y

CONSIDERANDO: Que continuamente distintos organismos nacionales y provinciales de salud informan sobre los problemas derivados tanto de los malos hábitos alimentarios como son la vida sedentaria, siendo éstos los grandes causales de problemas de obesidad y de rendimiento físico y mental en niños, niñas y adolescentes; dando lugar, además, a la aparición de otras enfermedades crónicas, no transmisibles, pero si derivadas de los mismos (diabetes, colesterol, entre otros).

Que, el porcentaje de muertes ocasionadas por accidentes cardiovasculares ocupa uno de los primeros puestos en las estadísticas mundiales, siendo originadas, generalmente, por la falta de hábitos saludables los cuales deben ser asimilados en las personas desde muy temprana edad.

Que, ante esta situación muchas ciudades de nuestro país han impulsado políticas públicas enfocadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de los habitantes.

Que, y en relación a lo anteriormente mencionado, ciudades como Buenos Aires y Bahía Blanca cuentan con programas denominadas *Estaciones Saludables*, que realizan las siguientes actividades:

.- Asesoramiento sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, controles de enfermería y consejería en alimentación saludable.

.-Controles de enfermería, que incluyen: medición de presión arterial, peso corporal, talla, circunferencia de la cintura y medición del nivel de glucosa en sangre; tareas que son realizadas por profesionales de enfermería.

.-Consejería en alimentación saludables: consiste en brindar asesoramiento y orientación de acuerdo a las demandas e inquietudes de los vecinos y/o al diagnóstico antropométrico, a cargo de un licenciado en nutrición.

.-La realización de talleres con temáticas nutricionales específicas, actividades lúdico-educativas para niños, actividad física, y se enseña a andar en bicicleta.

Que, otras localidades como por ejemplo, la municipalidad de Libertador San Martín(Entre Ríos) estableció a través de la Ordenanza N° 1091, dictada el 21/02/2008 y sus posteriores modificaciones, la celebración anual de una semana de vida sana la cual se realiza la última semana del mes de setiembre de cada año.

Que, en dicha semana se desarrollan diferentes eventos enfocados a mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de los habitantes de la ciudad y las personas que visitan a diario la misma.

Que, consideramos necesario replicar en nuestra ciudad las buenas prácticas llevadas a cabo con éxito en otras localidades de nuestro país.

Por lo expuesto esta comisión aconseja para su aprobación el siguiente proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1º.- Establézcase en la ciudad de Rosario la celebración anual de la “*Semana Saludable*”, que se realizará durante alguna semana a definir del mes de octubre de cada año. La misma tendrá por objetivo la difusión y concientización sobre las ventajas producto de un “estilo de vida saludable”.

Art. 2º.- Las actividades a realizarse son:

- Sintetizar en una semana la variedad de posibilidades y opciones que constituyen “un estilo de vida saludable”, logrando así que las personas sientan interés y puedan, luego, realizarlas diariamente.
- Informar a la población de la ciudad de Rosario y a quienes la visitan, sobre la cantidad de ventajas que produce en la salud el hábito de una vida sana.
- Hacer partícipes a las personas en las diferentes actividades que se realizarán, con el propósito de lograr un mejor y mayor entendimiento y compromiso.
- Incorporar, en las personas que concurren de dicha jornada, la necesidad de hacer parte de su vida cotidiana un estilo de vida saludable.
- Organizar, en instituciones educativas de formación de niños y adolescentes, actividades de capacitación sobre la importancia y beneficios de una vida saludable.
- Instalar stands en la Calle Recreativa con la finalidad de brindar información y responder consultas.
- Y todas aquellas que el Departamento Ejecutivo Municipal (DEM), considere conveniente.

Art. 3º.- Con el fin de cumplir con los objetivos enunciados, se organizarán diferentes actividades durante toda la semana, destinados a estimular el bienestar integral del ser humano: físico, mental, y social, teniendo en cuenta, además, el aspecto espiritual.

Art. 4º.- Créase una “Comisión *ad honorem* pro Semana Saludable elegida y convocada anualmente, la cual contará con representantes de la Municipalidad de Rosario y Organizaciones Civiles y No Gubernamentales dedicadas a las temáticas en cuestión.

Art. 5º.- Para la financiación del evento la Comisión podrá suscribir convenios de colaboración con Autoridades Provinciales, entes de coordinación o planificación a efectos de coordinar el desarrollo de acciones conjuntas en el transcurso del programa creado en el artículo 1º de la presente.


Art. 6º.- La planificación y organización del evento anual estará a cargo de la Comisión creada en el Artículo 4º. El Municipio colaborará con su infraestructura, sus máquinas y sus herramientas, como así también con el personal que se requiera puntualmente para concretar los objetivos propuestos.

Art. 7º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 4 de diciembre de 2014.

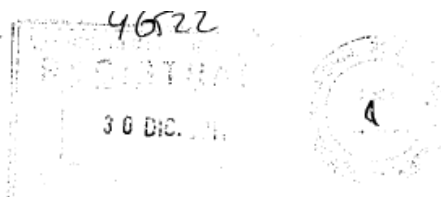

Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Cjal. Miguel Zamarrin
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

Expte. N° 215738-P-2014 CM.-

19) Ordenanza N° 9.363/2014- Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto.



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 9.363)

Artículo 1°.- Dispóngase la instalación de Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto (GUCA) en plazas, paseos y/o espacios públicos afines de cada distrito de la ciudad.

Art. 2°.- A los fines de implementar un plan progresivo de los GUCA, se deberá garantizar en una primera etapa, la instalación de un mínimo de uno por distrito, en las plazas, paseos y/o espacios públicos afines de mayor concurrencia en esa división administrativa municipal.

Art 3°.- Se entiende por GUCA, al parque dotado de diferentes obstáculos que exige el trabajo físico de todas las partes del cuerpo humano y de capacidades como el equilibrio, la coordinación, la fuerza, la elasticidad, la movilidad y la agilidad, aptos para ser utilizadas por personas con capacidades limitadas.

Art 4°.- Los GUCA deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Deberán ser construidas con materiales resistentes anti-vandálicos, aptos para ser emplazados al aire libre.
- Cuando sean de origen nacional, se ajustarán a la norma IRAM (Instituto Argentino de Normalización y Certificación) N° 3655 (partes 1, 2 y 3), con excepción del punto A.3 del nexo A de la parte 3, y/o la que en un futuro dicte dicho instituto y otro ente de certificación acreditado por el Organismo Argentino de Acreditación. Deberá exhibirse el correspondiente certificado de seguridad y calidad.
- Cuando provengan del exterior, y en caso de poseer certificado de calidad y seguridad otorgado por algún instituto extranjero de Normalización y Certificación, el IRAM o cualquier otro ente de certificación acreditado por el Organismo Argentino de Acreditación, verificará su compatibilización con la norma mencionada en el inciso a). En caso de no existir tal certificación de origen, deberán cumplir con idénticos requisitos que los estipulados en el inc. a). Deberá exhibirse el correspondiente certificado de seguridad y calidad.
- Las superficies de las áreas de los GUCA absorbedoras de impactos, se ajustarán a la norma europea UNE – EN N° 1177 o a la que el IRAM o cualquier otro ente de certificación acreditado por el Organismo Argentino de Acreditación considere aplicable oportunamente en su lugar, Exceptuase, en consecuencia, el punto A.3 de la parte 3 de la Norma 3655 referida a este particular.
- Deberán contar con un bebedero, construido con materiales resistentes anti-vandálicos, diseñados preferentemente sin más accesorios que un pulsador y provistos con un mecanismo de presión de agua potable y sin requerimiento de ningún tipo de energía.

Art. 5°.- Los recursos económicos que demanden el proyecto, dirección, construcción, montaje, emplazamiento y mantenimiento de los GUCA provendrán:

- De economías a realizarse de las partidas presupuestarias que el Departamento Ejecutivo estime corresponder, oportunamente.
- Del sistema de sponsorización y/o patrocinio y/o adhesión conforme Ordenanza N° 5.443/1992.

Art. 6°.- Los GUCA contarán con cartelería que fácilmente indique lo que a continuación se indica:


- La localización del centro sanitario más próximo.
- Las instrucciones sobre la utilización de cada obstáculo que lo integre.
- Las instrucciones sobre elongación, previa y posterior.
- La necesidad de consultar a un médico antes de realizar actividad física, y la importancia de su visita periódica.
- El uso prioritario para adultos mayores.
- La prohibición de utilización por niños y niñas.

Art. 7°.- Comuníquese a la Intendencia, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de sesiones, 18 de Diciembre de 2014.-


Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Gen. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario



20) Ordenanza N° 9.405/2015- Programa permanente de Estaciones Saludables



23938

LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

ORDENANZA (N° 9.405)

Concejo Municipal

Las Comisiones de Salud y Acción Social y Presupuesto y Hacienda han tomado en consideración el proyecto presentado por los Concejales Bonifacio, Capiello, Cardozo, y Martínez, que expresan:

VISTO: Las Estaciones Saludables, implementadas en varias ciudades de nuestro país; y

CONSIDERANDO:

Que, las Estaciones Saludables son un espacio de cuidado y promoción de la salud ubicadas en parques y plazas de la Ciudad.

Que, en las mismas los vecinos pueden realizar consultas sobre su estado de salud, recibir consejos sobre nutrición, realizar actividad física.

Que, el principal objetivo es mejorar los hábitos de los vecinos en materia de actividad física y alimentación y de esta manera prevenir los factores de riesgo que causan las enfermedades cerebro y cardiovasculares.

Que, este tipo de enfermedades crónicas no transmisibles son en el presente una de las principales causas de muerte en nuestro país.

Que, se podría solucionar este flagelo, si logramos cambiar nuestros hábitos en torno a tres cuestiones claves: **dieta malsana, sedentarismos y consumo de tabaco.**

Que, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Mar del Plata, ya cuentan con un programa sobre Estaciones Saludables.

Que, Bahía Blanca, mediante Ordenanza municipal también busca la implementación en su jurisdicción.

Que, son muchas las ciudades de nuestro país que intentan llevar adelante estos cambios, y Rosario no puede estar ajena a los mismos.-

Que los programas implementados en las localidades enunciadas, realizan las siguientes actividades

- ▲ Asesoramiento acerca de la promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, controles de enfermería y consejería en alimentación saludables.
- ▲ Controles de enfermería, que incluyen: medición de presión arterial, peso corporal, talla, circunferencia de la cintura y medición del nivel de glucosa en sangre, a cargo de profesionales de enfermería.
- ▲ Consejería en alimentación saludable, consiste en brindar asesoramiento y orientación de acuerdo a las demandas e inquietudes de los vecinos y/o orientación de acuerdo a las demandas e inquietudes de los vecinos y/o al diagnóstico antropométrico, a cargo de un Lic. de Nutrición.
- ▲ A su vez, se realizan talleres con temáticas nutricionales específicas, actividades lúdico educativas para niños, actividad física y se enseña a andar en bicicleta.
- ▲ Todas las actividades son gratuitas, en diferentes días y horarios para incorporar el deporte a la rutina de los vecinos como son: gimnasia, running, caminatas, elongación, yoga, bicicleta.

Que, todas estas actividades y servicios se deberán prestar en forma gratuita.

Que, la ciudad de Rosario, debe contar con un programa permanente orientado al cuidado y promoción de hábitos que generen el bienestar de los vecinos en materia de salud, el cual apunte a la actividad física y alimentación sana y de esta manera, trata de prevenir los factores de riesgo que causan las enfermedades cerebro y cardiovasculares.

Que, resulta de suma importancia que estas acciones lleguen a todos los barrios de la ciudad.

Que, es por ello que creemos conveniente que se realicen en espacios públicos verdes ubicados a lo largo y ancho de Rosario.

Por lo expuesto estas comisiones aconsejan para su aprobación el siguiente proyecto de.

ORDENANZA

Artículo 1º.- Créase en el ámbito de la ciudad de Rosario el Programa permanente denominado "Estaciones Saludables", cuya implementación estará a cargo de las Secretarías de Departamento Ejecutivo que correspondan.

Art. 2º.- Las Estaciones Saludables, deberán brindar asistencia a personas de todas las edades, realizando controles de:

- ▲ Medición del peso.
- ▲ Talla.
- ▲ Contorno de cintura.
- ▲ Nivel de glucosa en sangre.
- ▲ Presión arterial.
- ▲ Consejería nutricional.

Art. 3º.- Establecer espacios públicos verdes, en cada uno de los barrios de Rosario, para brindar oferta de actividades físicas como:

- ▲ Gimnasia.
- ▲ Caminatas aeróbicas.
- ▲ Bicicleteadas.
- ▲ Actividades recreativas (baile, patín, etc).
- ▲ Juegotecas lúdicas-educativas para niños.

Art. 4º.- A los fines de la implementación, el Departamento Ejecutivo Municipal tendrá en cuenta, de manera prioritaria, espacios públicos como la calle recreativa o los gimnasios a cielo abierto.

Art. 5º.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de Sesiones, 8 de julio de 2015.

15
120
19
7


Dr. Marcelo Marchionatti
Secretario General Parlamentario
Concejo Municipal De Rosario




Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario


Expte. N° 213077-P-2014 CM.

- Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables.

← → ↻ 🏠 🔒 Seguro | https://www.santafe.gov.ar/index.php/rmyc/guia/proyectos?tipo=nodo_final&nodo_id=179576

Regiones, municipios y comunas

INICIO PROGRAMAS PROYECTOS OTRAS INICIATIVAS



PROGRAMA NACIONAL DE MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES [« Volver](#)

Alcance territorial: Regional
Destinatarios: Municipios y comunas, empresas, instituciones, ONGs, ciudadanos y ciudadanas, niños y niñas, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Descripción

Municipios Saludables son aquellos que abordan integralmente los factores que determinan y condicionan negativamente el estado de salud con políticas públicas adecuadas, definidas de forma participativa e intersectorial para reducir las brechas de inequidad existentes en sus territorios.

[\(continuar leyendo\)](#)

Objetivos

1. Abordar integralmente los determinantes y condicionantes de la salud.
2. Desarrollar y fortalecer la intersectorialidad.
3. Desarrollar capacidades institucionales.

[\(continuar leyendo\)](#)

Periodo de Ejecución

El desarrollo del Programa atraviesa cuatro fases que suponen avanzar en el propósito del mismo. Estas etapas están definidas como un proceso de gestión interjurisdiccional e intersectorial a través del cual se fortalece la capacidad del municipio en el diseño y gestión de políticas públicas, con consecuencias en la mejora de la salud de su población.

El tránsito desde "Municipio Adherente" hasta "Municipio Saludable" implica avances tanto en relación con la calidad de los procesos y con el desarrollo de capacidades institucionales en el nivel local, como en relación con la sustentabilidad de políticas públicas similares más integrales y equitativas.

En este marco, se conforma un sistema de "Ingreso" al Programa (como Municipio Adherente), "Consolidación" (como Municipio Titular), "Acreditación I" (en tanto Municipio Responsable) y "Acreditación II".

[\(continuar leyendo\)](#)

Instrumento para atender a los beneficiarios

Municipio Adherente (MA): Es aquel que manifiesta formalmente su interés por comenzar a trabajar desde el enfoque de los determinantes de la salud de manera activa para la mejora de la salud de su comunidad.

Requisitos:

- Comprometirse a trabajar por la mejora de la salud de su comunidad en el marco del PMACE - a través de una "Nota de intención" del Intendente o Presidente Comunal o Municipal. Aunque como requisito no excluyente para el ingreso, la presentación podrá acompañarse de una "Ordenanza" del Consejo Deliberante o Consejo Municipal según competencias conferidas por cada marco legal provincial.
- Fortalecer el compromiso de organizaciones sociales comunitarias (OSC), organizaciones no gubernamentales (ONG), responsables directos de servicios públicos en el territorio (escuelas, fuerzas de seguridad, desarrollo social e infancia, centros de salud y hospitales, entre otros) y/o asociaciones.

[\(continuar leyendo\)](#)

INFORMACIÓN DEL PROYECTO

Jurisdicción Responsable
Salud

Dependencia
Dirección Provincial de Protocolo y Relaciones Interinstitucionales, Secretaría de Participación Social en Salud, Dirección Provincial para el Fortalecimiento de las Instituciones Locales.

Otras jurisdicciones intervinientes
Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado | Ministerio de Seguridad | Ministerio de la Producción | Ministerio de Trabajo y Seguridad Social | Ministerio de Desarrollo Social | Ministerio de Aguas, Servicios Públicos y Medio Ambiente | Ministerio de Educación | Ministerio de Innovación y Cultura | Secretaría de Hábitat y Vivienda

Contacto
Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables. Referente Provincia de Santa Fe:
Helena Petón
Av. 9 de Julio 1525 (C1073ABA)
Buenos Aires - República Argentina
(011) 43799309
edmunica@mail.gov.ar - hpeton@mail.gov.ar

LINKS

[Sitio oficial del Programa](#)

GOBIERNO DE SANTA FE 3 de Febrero 2648 (330000EE) Santa Fe
Teléfono 34 + 342 4306880 | 4306766 | 4306888

© 2013 - Todos los derechos reservados

- Plan de Acción Integral de Salud Renal.

← → ↺ 🏠 ⓘ rosarionoticias.gob.ar/page/noticias/id/21148/title/Los-centros-de-salud-municipales-ya-realizaron-controles-de-salud-renal-a-57-mil-vecinos

RosarioNoticias

Temas del día | obras | intendencia | juventud | deportes | inclusión

Inicio La ciudad En los barrios

¿qué estás buscando? 🔍

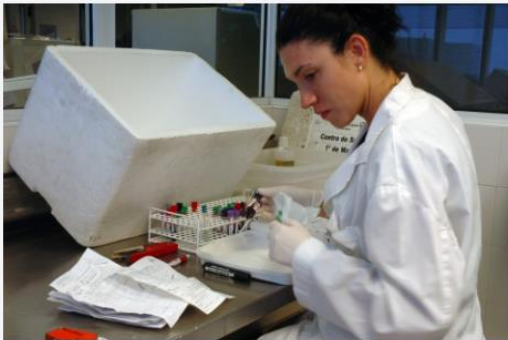
6 de febrero

Temp 31 °C hum 40 %

Salud

Los centros de salud municipales ya realizaron controles de salud renal a 57 mil vecinos

Se identificaron 896 personas con alteración en su funcionamiento renal (Tasa de Filtración Glomerular), de las cuales 252 se encontraban en estado avanzado de enfermedad renal crónica.



Plan de Acción Integral de Salud Renal
Municipalidad de Rosario (archivo)


A través del Plan de Acción Integral de Salud Renal, la Secretaría de Salud Pública evalúa a rosarinos y rosarinas que se atienden en los centros de Salud dependientes de la Municipalidad de Rosario. Sólo en el período comprendido entre 2011 y 2013, se evaluaron 56.082 vecinos entre 50 y 70 años de edad, a otros 523 menores de 50 años y 384 mayores de 70 años.

Claudio Alonso, coordinador del programa, destaca que la posibilidad de "suavizar la carga de enfermedad y trabajar sobre los factores de riesgo permite que los pacientes vivan más años y tengan menos enfermedades asociadas".

El Plan utiliza una estrategia de trabajo en red que comienza en el examen de creatinina plasmática en cada muestra sanguínea de personas visitas en centros de atención primaria, en aquellos casos con alteración en su Tasa de Filtración Glomerular (TFG), el ingreso de estas personas a un dispositivo de manejo multidisciplinario en todos los niveles de complejidad asistencial que comienza con el vínculo cercano que desarrolla el equipo del centro de Salud más cercano al domicilio del paciente para comenzar con los cuidados y derivarlos a los niveles de segundo nivel (Cemsa y hospitales).

Según el Observatorio Regional de Salud de PARAGUAY, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte en América. La enfermedad renal crónica (ERC), denominada "dieta de los ENT", es un problema de salud pública de alcance global, recientemente catalogada por la OMS como una epidemia a nivel mundial por su alto impacto sanitario, social y económico, actualmente un 1% de la población general con algún grado de disfunción renal y un 4,6% en estados avanzados.

Desde el 2008, la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de Rosario lleva adelante el Plan de Acción Integral de Salud Renal que ha demostrado ser una herramienta que permite el acceso a los sistemas de cuidado de la salud y, por ende, contribuye a su calidad de vida en nuestro medio.



Claudio Alonso - Heficiego

- Calle recreativa.

Seguro
https://www.rosario.gov.ar/web/ciudad/deportes-y-recreacion/calle-recreativa

Rosario=
Temp: 31.5 °C
Pres: 99 %

Gobierno Ciudad Servicios

Buscar...

Ciudad > Deportes y recreación

Calle Recreativa





El domingo 5 de noviembre la Calle Recreativa celebró su 7º aniversario

Circuito
Servicios
Recorrido
colectivos

Circuito

Rosario es la primera ciudad en Argentina en implementar un circuito recreativo permanente, libre de autos y motos. Una alternativa masiva de convivencia, encuentro, esparcimiento, vida saludable y actividad física para todos los ciudadanos.

Todos los domingos de 8.30 a 12.30 hs.

Este proyecto forma parte de la [Red de Ciclovías Recreativas Unidas de las Américas](#), iniciativa que llevan adelante varias ciudades del continente americano promoviendo un estilo de vida más saludable.

28 km de circuito libre de autos, motos y transporte urbano para caminar, correr, patinar, andar en bici o rollers.

Los beneficios de tener una Calle Recreativa

- Es un espacio para la recreación gratuita y el aprovechamiento del tiempo libre (deporte y recreación, arte y cultura, desarrollo social).
- Recupera las calles para el encuentro ciudadano.
- Promueve la convivencia ciudadana con valores democráticos, respeto y tolerancia, comunicación y cohesión social.
- Favorece la adquisición de hábitos de vida saludables.
- Contribuye en la prevención de las enfermedades crónicas mediante la promoción de la actividad física.
- Disminuye la congestión vehicular.
- Promueve el uso de medios alternativos de transporte.
- Disminuye la contaminación ambiental y los niveles de ruido.

Servicios




- Sistema de bicicletas públicas.

Seguro | <https://www.mibicitubici.gob.ar/#/app/acerca>

BIENVENIDO | INGRESAR

mibicitubici

EL SISTEMA | ¿CÓMO INSCRIBIRTE? | BICIS E ESTACIONES | ABONOS | PREGUNTAS FRECUENTES | MI PERFIL



EL SISTEMA

Mi bici tu bici es el primer sistema automatizado de alquiler de bicicletas públicas de la ciudad de Rosario; un nuevo sistema de transporte público accesible y saludable, que promueve el uso de la bicicleta como modo de movilidad sustentable y eficiente. Podés convertirte en usuario muy fácilmente y realizar recorridos personalizados entre las estaciones que se ubican en lugares estratégicos de la ciudad.

El proceso de ampliación de Mi bici Tu bici es progresivo -el sistema contará con 52 estaciones hacia fines de 2017- y busca garantizar la cobertura del servicio en distintos barrios de la ciudad. Conocé las estaciones que se incorporan [Ver estaciones](#).

Para usar el sistema es necesario que te [inscribas](#) previamente, podés hacerlo de forma ONLINE o PRESENCIAL como USUARIO MOVI -y acceder al uso del sistema con tu tarjeta MOVI- o como USUARIO TURISTA -y acceder al uso del sistema con Tarjeta de Crédito-.

[Consultá los pasos y requisitos](#).

Mi Bici Tu Bici funciona las 24 horas, los 365 días del año. Al tratarse de un sistema automatizado, cuenta con un software que genera en forma automática alertas, al tiempo que posibilita la gestión de incidencias y de mantenimiento, permitiendo relevar el estado de las bicicletas durante las 24 horas. El Centro de Monitoreo de la Movilidad de Rosario controla las estaciones, alimentadas por energía solar.

Con la APP Mi Bici Tu Bici podés consultar en tiempo real la disponibilidad de bicicletas y anclajes, ingresar el origen y destino de tus viajes para recibir recomendaciones sobre el camino a recorrer, elegir estaciones favoritas, armar tus rutas preferidas, comprar tus abonos, usar el cronómetro y programar alarmas, reportar fallas, entre otras. Además, la línea gratuita de Atención al Ciudadano 147 funciona como un canal de comunicación disponible para resolver cualquier tipo de consulta o inquietud de los usuarios.

OBJETIVOS DEL SISTEMA

- Introducir la bicicleta en el sistema de transporte público de la ciudad de Rosario.
- Promover hábitos saludables, que mejoren la calidad de vida de las personas.
- Reducir la congestión vehicular y mejorar el cuidado del ambiente en la ciudad.
- Promover la humanización del entorno urbano.

¿CÓMO FUNCIONA?

Una vez registrado como USUARIO MOVI o como USUARIO TURISTA, seguí este PASO A PASO en las estaciones:

Usuario MOVI

1. Apoyá tu tarjeta MOVI, ingresá tu contraseña (PIN) y presioná Enter.
2. En caso de no contar con un abono, elegí la opción que desees y apoyá nuevamente la tarjeta MOVI para descontar el saldo.
3. Ingresá en el teclado el número de anclaje de la bicicleta a retirar. Una vez que se emita un sonido y una luz verde, la bici podrá ser extraída. En caso de tiempo de uso adicional recibirás al correo electrónico una notificación del saldo generado (ver cuadro tarifario).
4. Podés devolver la bici en cualquier estación habilitada. En caso de no encontrar un anclaje libre, apoyá tu Tarjeta MOVI en la zona delimitada y recibirás un tiempo de cortesía de 30 minutos para anclarla en la estación más próxima.
5. Una vez que el rodado se encuentre correctamente anclado se detiene el cómputo de tiempo de uso y se finaliza el préstamo. En las nuevas estaciones el anclaje no solo emitirá una luz verde sino también un sonido, confirmando de esta manera el cierre correcto del viaje.

Usuario Turista

1. Generá una clave temporal (Token) desde tu perfil o desde la APP Mi bici tu bici (recordá que expira a los 30 minutos).
 2. Seleccioná F1 en el teclado, ingresá la clave temporal (Token) y presioná Enter.
 3. Ingresá en el teclado el número de anclaje de la bicicleta a retirar. Una vez que se emita un sonido y una luz verde, la bici podrá ser extraída. En caso de tiempo de uso adicional recibirás al correo electrónico una notificación del saldo generado (ver cuadro tarifario).
 4. Podés devolver la bici en cualquier estación habilitada. En caso de no encontrar un anclaje libre, presioná F1 en el teclado, ingresá nuevamente la clave temporal (Token) y recibirás un tiempo de cortesía de 30 minutos para anclarla en la estación más próxima.
 5. Una vez que el rodado se encuentre correctamente anclado, se detiene el cómputo de tiempo de uso y se finaliza el préstamo. En las nuevas estaciones el anclaje no solo emitirá una luz verde sino también un sonido, confirmando de esta manera el cierre correcto del viaje.
- ?
* Recordá que es necesario comprar un abono antes de retirar una bicicleta (ver abonos)

- Mesa intersectorial para el abordaje integral de adicciones.

Seguro | <https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/221135/>


SANTAFÉ

NOTICIAS

santafe.gov.ar/noticias

FINALIZARON LAS CAPACITACIONES 2015 DE LA MESA INTERSECTORIAL PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LAS ADICCIONES

El miércoles en Santa Fe y el jueves en Rosario



La actividad realizada en Rosario

Finalizaron en Rosario los encuentros de la serie de conferencias sobre "Consumo de Sustancias. Trayecto formativo para equipos territoriales" que, durante 2015, llevó adelante la Mesa Intersectorial para el Abordaje Integral de Adicciones.

Los mismos se realizaron el miércoles en el Salón Auditorio de ITE en Santa Fe, y el jueves en la Sala Rodolfo Vilar de la Sede de Gobierno en Rosario, dirigidos por los reconocidos especialistas Alberto Fariño y Gabriela Olivera, en el marco de las capacitaciones dirigidas al personal del Estado vinculados a diferentes dispositivos territoriales incluidos en el Plan Abre. Las jornadas también estuvieron abiertas al público en general.

La mesa interministerial de abordaje de adicciones es un dispositivo entre distintos ministerios, en el marco del Gabinete Social. Cuenta con representación de cada organismo con intervención en la temática a los fines de evaluar y desarrollar políticas e intervenciones en el área de los consumos problemáticos de sustancias, en un marco respetuoso del derecho a la salud y los derechos humanos.

EL CIERRE EN ROSARIO

El vicesgobernador Jorge Mañé, al cerrar la capacitación en Rosario, aseguró que "el gobierno provincial ha tomado la firme decisión de avanzar en el abordaje de esta temática" al remarcar que "valoramos el trabajo en conjunto que se hace en el territorio por parte de todos los actores del Estado". Para este gobierno, no hay zonas sin personas con derechos que necesitan de estos abordajes interdisciplinarios, enfatizó.

Sostuvo también Mañé que "el primer desafío que encontramos cuando abordamos este tema es el prejuicio", por lo que "tenemos que pensar y trabajar para una sociedad para todos y por eso trabajamos en conjunto".

Por su parte, Gabriela Olivera, quien se desempeña como asesora técnica en la Junta Nacional de Drogas en la presidencia de Uruguay, recordó que "hace tres años que venimos intercambiando en Rosario y en Santa Fe sobre políticas sociales y de salud y sobre todo los desafíos conjuntos que tienen entornos en territorio".

Estuvieron presentes también los ministros de Salud, Mario Drisun, y de Justicia, Juan Lewis, el secretario de Salud municipal, Leonardo Cervera, la secretaria de Relaciones Internacionales, María Julia Raimo, entre otros.

POR UNA SOCIEDAD MÁS SOLIDARIA


El miércoles en Santa Fe, Drisun indicó que "las adicciones se vinculan a un tipo de sociedad a la que seguramente no adherimos", asegurando que "queremos una sociedad más solidaria, que nos saque de ese norte terrible que es ese dios del consumo y en ese camino complejo y difícil estamos avanzando".

Ponderó Drisun que "este ha sido y es un gobierno que ha llevado adelante un proceso muy importante en cada uno de los pueblos y ciudades de la provincia" al sostener que en lo que respecta a salud hay "una presencia impresionante en todo el territorio, con un desarrollo técnico y de recursos humanos que están trabajando muy bien".

Al concluir, el ministro de Salud consideró que "el tema de las adicciones no es un problema de salud, de la policía o de la escuela, sino que es un problema de todos".

Por su parte, Lewis dijo que "la problemática de las adicciones plantea las mayores tensiones y desafíos al Estado", agregando que "uno de los desafíos fundamentales es superar el enfoque represivo y punitivo sobre las adicciones. Esto para nosotros esto no es solamente una cuestión discursiva sino también de prácticas".

"Otro aspecto fundamental es generar caminos como para poder desmontar esa mirada, yendo a una más inclusiva. Luego, superar otras actitudes y miradas como la hipocresía, eso que se sostiene teniendo una conducta para afuera y otra para adentro; los miedos y las reacciones basadas en el miedo son desaconsejables", sostuvo Lewis.



DESCARGAR TODAS LAS FOTOS

- Semana Saludable.

← → ↺ 🏠 ⓘ www.rosarionoticias.gob.ar/page/noticias/id/111298/title/La-Municipalidad-organiza-actividades-en-toda-la-ciudad-por-la-Semana-Saludable

RosarioNoticias

[Inicio](#) [La ciudad](#) [En los barrios](#)

[Temas del día](#) | [Economía](#) [Intendencia](#) [Juventud](#) [Seguridad](#) [Inclusión](#)

¿Qué estás buscando?

juves 9 de noviembre de 2022

Salud

La Municipalidad organiza actividades en toda la ciudad por la Semana Saludable

La propuesta, en alianza con el sector empresarial, procura sensibilizar sobre hábitos saludables y prevenir enfermedades. Será a través de charlas, talleres y foros de la salud, desde este viernes 10.



Dr. Geri, Comunicador Social (Univ. Mendoza)

Entre el viernes 10 y el miércoles 23 de noviembre, diferentes espacios de la ciudad serán sede de actividades y jornadas de promoción de la salud en el marco de la **Semana Saludable**, iniciativa de la Municipalidad que se desarrolla con el objetivo de promover formas de vida saludables, participativas y saludables.

Entre las actividades que fueron programadas se destacan foros de la salud, talleres de recordación cardiopulmonar y promoción de la OMS (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), charlas sobre alimentación saludable y prevención de enfermedades crónicas, entre otras.

Las diferentes propuestas se realizarán en diversos espacios públicos y en concordancia con fechas que conmemoran enfermedades crónicas no transmisibles, que en su mayoría son prevenibles y afectan a muchas personas. **El 12 de noviembre es el Día de la Obesidad, el 16 de la Diabetes, el 16 del Día Puro y el 17 el de la EPOC.**

Las enfermedades no transmisibles son principalmente las cardiopatías, cáncer, diabetes y enfermedades crónicas, entre otras. De muchos casos son consecuencia del consumo del tabaco, dietas desequilibradas, inactividad física y la ingesta excesiva de alcohol.

- Gimnasios Urbanos a Cielo Abierto.

← → ↻ 🏠 ⓘ www.rosario.gov.ar/web/ciudad/deportes-y-recreacion/disfruta-de-los-gimnasios-a-cielo-abierto 🔍 🗺

Rosario= Temp. 30,8 °C Hum. 38 % 🌙 ✉

Cobertura Ciudad Servicios Buscar...

Ciudad > Deportes y recreación

Disfrutá de los gimnasios a cielo abierto



Conocé las nuevas estaciones aeróbicas que generan energía con su uso y permiten cargar batería de dispositivos móviles + Info

Mapa de las estaciones

Rosario cuenta con estaciones aeróbicas y de entrenamiento físico en todos los parques. Estos gimnasios a cielo abierto proponen un complemento para trabajar la musculación para aquellos que salen a correr y caminar por la ciudad.

En las nuevas estaciones deportivas amarillas y rojas se pueden trabajar todos los grupos musculares. Leo Fertitta y Florencia Dávalos son profes del Estadio Municipal Jorge Newbery y te cuentan cómo usarlas.



Gimnasios a cielo abierto

También podés ver algunas [recomendaciones para entrenar en verano](#).

Buscá la estación más cercana

En total son 7 los nuevos dispositivos de entrenamiento en la ciudad. Pero en todos los parques se pueden encontrar, además, los gimnasios a cielo abierto tradicionales.